

MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**“CAPACITAR RUMO AO BEM-ESTAR”
PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA DIABETES**

Carlos Miguel Magalhães Vitor

2012



MESTRADO EM ENFERMAGEM – ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO

**“CAPACITAR RUMO AO BEM-ESTAR”
PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO NA DIABETES**

Carlos Miguel Magalhães Vitor

Relatório de estágio orientado por:

Professora Cláudia Mariana Julião Bacatum

**Lisboa
2012**



AGRADECIMENTOS

Este espaço é dedicado àqueles que deram a sua contribuição para que este trabalho fosse realizado. Todas as palavras serão escassas para expressar a gratidão que sinto pelas pessoas que me apoiaram nesta caminhada:

À Professora Cláudia Bacatum, por toda a disponibilidade, apoio e permanente incentivo possibilitando a consecução da intervenção comunitária. Obrigado pela compreensão e generosidade demonstrados ao longo de todo o percurso.

Aos Profissionais da USF onde foi desenvolvida a intervenção comunitária, pela forma acolhedora como me receberam, por todo o apoio e confiança que demonstraram. Obrigado por todos os momentos de partilha e crescimento.

Aos Profissionais com quem foram estabelecidas as parcerias, por demonstrarem todo o seu empenho e dedicação na partilha de saberes.

A todas as Pessoas que participaram na intervenção comunitária, mostrando empenho em construir o seu projecto de saúde, sem o seu contributo nada teria sido possível....

Aos meus Pais pela paciência, confiança, estímulo e fé constantes, mas acima de tudo por todo o Amor transmitido.

À Família e Amigos pela paciência e amizade, por compreenderem as minhas ausências e insistirem sempre em manter o contacto, alimentando os laços que nos unem. Obrigado, pela compreensão, apoio, incentivo e motivação imprescindíveis ao longo de todo o processo.

Todos vocês são “co-autores” deste trabalho.

A todos o meu sincero OBRIGADO!

RESUMO

A Diabetes afecta uma grande percentagem da população mundial, com impacto tanto ao nível socioeconómico como de saúde, sendo considerada como uma das principais causas de incapacidade no mundo. Actualmente, a Diabetes constitui-se como um dos maiores problemas de Saúde Pública, quer pela sua prevalência, quer pelas consequências associadas, sendo emergente uma intervenção direccionada para a mudança nos estilos de vida das populações.

A Enfermagem Comunitária encontra-se particularmente habilitada para melhorar a condição de saúde das pessoas, grupos e comunidades. Neste sentido, o enfermeiro comunitário assume um papel crucial na prossecução de comunidades saudáveis, mobilizando estratégias que permitam uma resposta adequada às suas necessidades, capacitando as pessoas com Diabetes para o autocuidado, promovendo a gestão da doença.

A intervenção comunitária foi desenvolvida numa Unidade de Saúde Familiar, contando com a participação de um grupo de 17 pessoas com Diabetes tipo 2, tendo como objectivo promover o autocuidado na Diabetes. Como metodologia seguiu-se o Planeamento em Saúde, de acordo com Tavares, e como referencial teórico, a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem. Na fase do diagnóstico de situação, procedeu-se à aplicação da Escala de Actividades de Autocuidado com a Diabetes, de Bastos e Lopes.

Nos resultados foram identificados déficits de adesão às actividades de autocuidado com a Diabetes, com destaque para a actividade física e alimentação. O processo de capacitação do grupo foi promovido através da educação para a saúde em grupo, favorecendo a tomada de decisão autónoma e responsável na adesão ao autocuidado, com base na aquisição de conhecimentos e mudança de atitudes e comportamentos.

A realização da intervenção comunitária contribuiu para o reconhecimento da importância da promoção do autocuidado na gestão da Diabetes. A intervenção desenvolvida atingiu os objectivos a que se propôs, e possibilitou o desenvolvimento de competências especializadas no âmbito da enfermagem comunitária.

Palavras-chave: Diabetes, Autocuidado, Capacitação, Enfermagem Comunitária.

ABSTRACT

Diabetes affects a large percentage of world population, with an impact both in socio-economic and in health, being considered one of the leading causes of disability worldwide. Nowadays Diabetes emerges as a major public health problem, because of its prevalence and the consequences associated, being urgent an intervention directed to change the people's lifestyles.

The Community Nursing is particularly qualified to improve the health status of individuals, groups and communities. In this sense, the community nurse plays a crucial role in achieving healthy communities, by mobilizing strategies to respond appropriately to their needs, enabling people with Diabetes to self-care and promoting the management of the disease.

The community intervention was developed in a Family Health Unit, with the participation of a group of 17 people with type 2 Diabetes, and aimed to promote self-care in Diabetes. The methodology followed was the Health Planning, according to Tavares, and as theoretical framework, the Self-Care Deficit Nursing Theory of Dorothea Orem. In the diagnosis of the situation, it was applied the *Escala de Actividades de Autocuidado com a Diabetes* (Scale of Self-Care Activities for Diabetes), of Bastos and Lopes.

There were identified deficits of adherence to self-care activities with Diabetes, with emphasis on physical activity and nutrition. The empowerment process of the group was promoted through the health education in group, favoring autonomous and responsible decision-making on self-care adherence, based on knowledge and change of attitudes and behaviors.

The accomplishment of the community intervention contributed to the recognition of the importance of promoting self-care in the management of Diabetes. The developed intervention achieved the established objectives, and enabled the development of specialized skills in community nursing.

Keywords: Diabetes, Self-Care, Empowerment, Community Nursing.

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS

INTRODUÇÃO.....8

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO10

1.1. A Diabetes.....10

1.1.1. Dados epidemiológicos da Diabetes.....11

1.2. Educação em Saúde na Diabetes.....14

1.2.1. Educação em grupo na Diabetes16

1.3. A Enfermagem Comunitária na Promoção do Autocuidado17

1.3.1. Teoria de Enfermagem do Deficit de Autoocuidado.....21

2. METODOLOGIA23

2.1. Diagnóstico de Situação23

2.1.1. Contextualização do local de intervenção24

2.1.2. População e amostra.....25

2.1.3. Técnicas e procedimentos de colheita de dados.....26

2.1.4. Questões éticas.....27

2.1.5. Apresentação e análise dos dados.....28

2.2. Determinação de Prioridades32

2.2.1. Diagnósticos de Enfermagem.....34

2.3. Fixação de Objectivos34

2.4. Selecção de Estratégias.....36

2.5. Preparação Operacional - Programação.....38

2.6. Avaliação42

3. CONCLUSÕES45

3.1. Reflexão sobre as competências adquiridas45

3.2. Considerações finais47

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS49

ANEXOS.....55

Anexo I - Escala de Actividades de Autocuidado com a Diabetes

Anexo II - Autorização para uso da Escala de Actividades de Autocuidado com a Diabetes

APÊNDICES.....61

Apêndice I - Questionário de Caracterização

Apêndice II - Consentimento livre e esclarecido

Apêndice III - Caracterização da amostra

Apêndice IV - Resultados da Escala de Actividades de Autocuidado com a Diabetes

Apêndice V - Aplicação de técnica de determinação de prioridades

Apêndice VI - Inter-relação actividades/objectivos

Apêndice VII - Cronograma de Gantt

Apêndice VIII - Plano Operacional

Apêndice IX - Plano de sessão: Educação rumo ao autocuidado

Apêndice X - Plano de sessão: Educação rumo à alimentação saudável

Apêndice XI - Plano de sessão: Educação rumo à actividade física

Apêndice XII - Questionário de avaliação das sessões de educação para a saúde

Apêndice XIII - Guia de orientações nas Actividades de Autocuidado com a Diabetes

Apêndice XIV - Plano de sessão: Ponto de Encontro rumo ao Autocuidado

Apêndice XV - Plano de sessão: sensibilização dos Profissionais de Saúde

Apêndice XVI - Questionário de avaliação de conhecimentos

LISTA DE SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ACS – Alto Comissariado da Saúde

CED – Consulta de Enfermagem de Diabetes

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

EAAD – Escala de Actividades de Autocuidado com a Diabetes

EEECSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

IDF – International Diabetes Federation

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNPCD – Plano Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes

PNS – Plano Nacional de Saúde

SPD – Sociedade Portuguesa de Diabetologia

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO – World Health Organization

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, a ser ministrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. A intervenção comunitária decorreu no período de Outubro de 2011 a Fevereiro de 2012, reportando-se ao tema **Promoção do Autocuidado na Diabetes tipo 2**. De referir que ao longo do relatório se optou pelo uso do termo Diabetes por ser um foco de enfermagem de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, estima-se que 6% da população mundial seja portadora de Diabetes, sendo o risco estimado de desenvolver a doença, ao longo da vida dos cidadãos europeus, de 30 a 40%, em ambos os sexos, aumentando com a idade (World Health Organization, 2002). É ainda de ressaltar que apenas parte das pessoas portadoras de Diabetes adere ao programa de gestão da doença proposto pelos profissionais de saúde (Entidade Reguladora da Saúde, 2011). Assim, tendo em conta a prevalência da Diabetes, do qual resultam elevados consumos em cuidados de saúde, elevadas taxas de complicações, bem como custos directos e indirectos elevados, revela-se pertinente a abordagem desta problemática, desenvolvendo estratégias de controlo e tratamento que visem a melhoria da qualidade de vida dos utentes, diminuindo as repercussões sérias da doença, e consequentemente uma melhoria das elevadas taxas de morbilidade e mortalidade associadas.

Viver com Diabetes representa um desafio para as pessoas com a doença, na medida em que, a situação de saúde afecta a sua vida, alterando o seu quotidiano. Assim, a educação na Diabetes deve favorecer a obtenção de conhecimentos para o autocuidado, funcionando como um alicerce para a construção do projecto de saúde de uma forma consciente, promovendo a autonomia da pessoa e consequentemente prevenindo ou retardando o surgimento de complicações inerentes á doença (Apóstolo, Viveiros, Nunes, & Domingues, 2007). A educação para a saúde tem vindo a assumir importância nos cuidados de enfermagem, sendo que a Ordem dos Enfermeiros salienta em vários regulamentos orientadores da profissão a missão educativa dos enfermeiros, tanto na dimensão da promoção da saúde, como na readaptação funcional (Silva, 2007).

A estratégia de educação em grupo tem demonstrado ser a estratégia de intervenção mais significativa no alcance de melhores resultados na gestão da Diabetes, tendo como objectivo promover a troca de experiências e a consolidação do autocuidado. Estas actividades educativas baseiam-se inicialmente na construção de vínculos sociais,

através dos quais são estimulados os processos de aprendizagem, assentes na comunicação como veículo da informação e da troca de experiências, com ênfase para o reforço positivo (Torres, Franco, Stradioto, Hortale, & Shall, 2009). A gestão adequada da Diabetes depende dos comportamentos de autocuidado, assumindo-se as estratégias educativas em grupo um apoio crucial no favorecimento da prática de autocuidado, fornecendo ferramentas para a gestão da doença (Vieira, 2011).

Os modelos de enfermagem assumem particular relevo ao orientar a intervenção dirigida às práticas de autocuidado, nomeadamente a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, que emerge como modelo conceptual de Enfermagem para o desenvolvimento da presente intervenção comunitária. O modelo definido por Dorothea Orem reporta-se ao autocuidado como a prática das actividades iniciadas e executadas pelas pessoas em seu próprio benefício, com vista à manutenção da vida e dando continuidade ao desenvolvimento do bem-estar. A Teoria do Déficit de Autocuidado de Orem reconhece assim a importância da pessoa exercer o controlo sobre si e sobre os cuidados às suas necessidades específicas, desenvolvendo a premissa de que a pessoa é capaz de cuidar de si própria (Orem, 2001).

Ao longo do presente relatório descrevem-se todas as etapas do desenvolvimento da intervenção comunitária, obedecendo à Metodologia do Planeamento em Saúde e ao referencial teórico adoptado, tendo por finalidade **capacitar os utentes diabéticos tipo 2 para o autocuidado**. A consecução da finalidade assenta na implementação do projecto numa Unidade de Saúde Familiar pertencente a um Agrupamento de Centros de Saúde da região da Grande Lisboa, no âmbito da Consulta de Enfermagem da Diabetes.

O relatório encontra-se dividido em três capítulos, o primeiro onde será abordado o enquadramento teórico da intervenção comunitária, destacando: a contextualização da problemática da Diabetes; a educação em saúde na Diabetes; bem como a Enfermagem Comunitária na promoção do autocuidado, mobilizando a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem; no segundo capítulo serão descritas as etapas do planeamento da intervenção comunitária de acordo com a Metodologia do Planeamento em Saúde; e finalmente o terceiro capítulo onde se descrevem as conclusões da intervenção comunitária.

A estruturação do relatório obedece ao Guia Orientador para a elaboração de Trabalhos Escritos (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2011). No que respeita às citações e referências bibliográficas, optou-se pelas normas definidas pela American Psychological Association – APA, 5ª edição (American Psychological Association, 2001).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A Diabetes é uma doença em ascensão em todo o mundo, sendo considerada epidemia pela Organização Mundial de Saúde (OMS), traduzindo-se deste modo num grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo (World Health Organization [WHO], 2002). É vista como um dos principais síndromes de evolução crónica dos dias de hoje afectando o homem moderno em qualquer faixa etária, condição social e localização geográfica, tornando-se deste modo numa doença de índole universal (Comiotto & Martins, 2006).

O enfermeiro comunitário, elemento fundamental de uma equipa de saúde comunitária, deve assumir a educação em saúde como uma actividade inerente à sua actuação. Assim, não se deve focar somente nos cuidados específicos às pessoas com Diabetes, mas ir mais além nas suas intervenções, abrangendo igualmente as acções educativas a desenvolver. As estratégias educativas poderão, deste modo, levar as pessoas com Diabetes a beneficiar-se através das mudanças de comportamento e hábitos de vida, consciencializando-se de que as suas acções fazem a diferença na gestão da doença (Pereira, Torres, Cândido, & Alexandre, 2009).

1.1. A Diabetes

A Diabetes é definida como uma síndrome metabólica de origem múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina ser eficazmente utilizada pelo organismo. A insulina é produzida pelo pâncreas sendo responsável pela manutenção do metabolismo da glicose, a falta dessa hormona provoca défice na metabolização da glicose e, consequentemente, a Diabetes, que se caracteriza assim por altas taxas de açúcar no sangue (hiperglicémia) de forma permanente (Azevedo, 2002; Internacional Diabetes Federation [IDF], 2011).

Dependendo da sua etiologia e apresentação clínica, a Diabetes está classificada em quatro tipos sendo estes: a Diabetes tipo 1, a Diabetes tipo 2, a Diabetes gestacional e outros tipos específicos de Diabetes (Direcção Geral de Saúde [DGS], 2002; Lisboa & Duarte, 2002). No entanto, tendo em conta que a Diabetes tipo 2 é a mais prevalente e os objectivos da intervenção comunitária a desenvolver, explorar-se-á apenas este tipo específico da Diabetes.

A Diabetes tipo 2, anteriormente conhecida como Diabetes não insulino dependente, é a forma mais frequente de Diabetes sendo responsável por cerca de 90% dos casos diagnosticados, ocorrendo em indivíduos com predisposição genética para a doença e que, devido a um estilo de vida pouco saudável, particularmente os hábitos alimentares e a prática de actividade física, vêm a desenvolver Diabetes quando adultos (Lisboa & Duarte, 2002; Ministério da Saúde, 2005).

Este tipo de Diabetes ocorre quando se verifica uma produção insuficiente da insulina por parte do órgão secretor, o pâncreas, ou quando essa insulina segregada não é eficazmente utilizada pelo organismo. O diagnóstico geralmente é feito após os 40 anos de idade, aquando da manifestação de algumas complicações associadas, ou acidentalmente, aquando de um resultado anormal dos valores da glicose no sangue ou na urina, sendo por isso denominada de epidemia silenciosa (Sociedade Portuguesa de Diabetologia [SPD], 2012).

Apesar de pouco se saber sobre a etiologia deste tipo de Diabetes, existem vários factores possíveis para o desenvolvimento de Diabetes tipo 2, tais como: história familiar de Diabetes, componente genética; ambiente intra-uterino deficitário; etnia; resistência à insulina; envelhecimento; obesidade; alimentação inadequada e inactividade física (Lisboa & Duarte, 2002). Os dois últimos são os factores que devem motivar maior investimento, visto estarem ligados a padrões comportamentais que podem ser modificados, obtendo-se deste modo ganhos em saúde (Entidade Reguladora da Saúde [ERS], 2011).

1.1.1. Dados epidemiológicos da Diabetes

De acordo com a OMS as doenças crónicas de declaração não obrigatória, nas quais se inclui a Diabetes, representam 59% das mortes por ano, perfazendo um número de 57 milhões de mortes, e significando um total de 46% das doenças que afectam países desenvolvidos e em vias de desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2005). Em Portugal, tal como na maioria dos países, as doenças crónicas constituem a principal causa de mortalidade e de morbilidade, existindo evidência científica que aponta para um aumento considerável do peso deste tipo de doença num futuro próximo, motivado pelo aumento de patologias como a Diabetes (Alto Comissariado da Saúde [ACS], 2010),

É ainda de considerar que as doenças crónicas assumem um grande peso no orçamento da saúde dos países, calculado entre 60 a 80% dos gastos totais em saúde, nos quais os gastos com a Diabetes representam entre 5 e 14%, segundo a IDF,

motivados pelas devastadoras complicações inerentes à doença. Mas não se pode calcular só os custos directos, uma vez que os custos indirectos assumem uma parcela bem maior atingindo valores 3 a 4 vezes superiores àqueles (*idem*).

Dados apontados pela OMS sugerem que actualmente existam 230 milhões de pessoas com Diabetes, prevendo-se no entanto que até 2030 possa vir a afectar cerca de 366 milhões de pessoas (Ministério da Saúde, 2006), fazendo com que o impacto das complicações derivadas da Diabetes sobre a sociedade, o contexto familiar, social e laboral dos doentes seja cada vez mais significativo (Bastida, Aguilar, & González, 2002).

A Diabetes é definida como uma doença crónica bastante marcada na nossa sociedade, transversal ao sexo ou idade, aumentando a sua prevalência com a idade (SPD, 2012). É actualmente considerada a terceira doença mais prevalente no Ocidente, afectando pelo menos 6% da população da Europa e Norte da América, sendo ainda projectado que pode tornar-se a fonte de maior incapacidade e mortes dentro dos próximos 25 anos (WHO, 2002).

Em Portugal, cerca de um terço da população (20-79 anos) tem Diabetes ou encontra-se em situação de risco, sendo definida pelo Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006 como a 5ª doença crónica referida com maior frequência. No nosso país, a taxa de prevalência da Diabetes é de 12,4% para a população portuguesa (20-79 anos), perfazendo cerca de 991 mil indivíduos afectados pela doença, quando a previsão para 2025 era de 8%, estando esta inicialmente já diagnosticada em 56% dos casos e em 44% dos casos ainda por diagnosticar. Em apenas dez anos, houve um aumento de 57,6% no número de diabéticos. Dos 991 mil casos detectados numa população entre os 20 e os 79 anos, 5,4% desconheciam ter a doença (SPD, 2012).

O aumento da prevalência da Diabetes tipo 2 aparece associado a rápidas mudanças culturais e sociais, ao envelhecimento da população, à crescente urbanização, às alterações dos padrões alimentares, à redução da actividade física e a estilos de vida não saudáveis, tal como outros padrões comportamentais (*idem*). De acordo com a OMS, dados recentes mostram que entre 120 e 140 milhões de pessoas em todo o mundo têm Diabetes tipo 2, sendo que se prevê que venham a aumentar para mais do dobro atingindo, em 2025, cerca de 300 milhões de pessoas (Roche, 2012).

A taxa de incidência da Diabetes tem vindo também a aumentar, onde factores genéticos e ambientais, como a obesidade e o sedentarismo, se têm evidenciado nestas últimas décadas, apesar do investimento no diagnóstico precoce e dos avanços terapêuticos farmacológicos entretanto alcançados (DGS, 2008). No que se refere a esta

taxa, tem-se verificado um crescimento do número de novos casos diagnosticados desde 2000, sendo que no ano de 2010 foram detectados 623 novos casos de Diabetes por cada 100 mil habitantes, havendo um aumento de 9,1% face a 2009 e de 66.7% comparativamente a 2004 (SPD, 2012).

No que respeita à mortalidade, dados do Relatório Anual da Diabetes (*idem*) referentes a 2010, revelam que o número de óbitos verificados por Diabetes em Portugal foi de 4744, correspondendo a 4,5% do número total de óbitos verificados. Lisboa e Pape (2004) referem que segundo a OMS estima-se que morram anualmente devido a Diabetes 3,2 milhões de pessoas, o que significa que uma em cada 20 mortes é atribuída a esta doença, perfazendo 8700 mortes por dia ou 6 em cada minuto. Por todas estas razões, a Diabetes é considerada um problema dramático e universal, que afecta populações de países em todos os estágios de desenvolvimento, tornando-se um problema de saúde pública alarmante em termos humanos, sociais e económicos.

Neste sentido, a Diabetes requer comportamentos especiais de autocuidado para que o controlo da glicemia seja o mais adequado possível, uma vez que, caso esse controlo não seja efectivo ao longo da vida, representa uma séria ameaça à vida das pessoas com Diabetes, motivado pela possibilidade de micro e macroangiopatias que proporcionam a disfunção, dano ou falência dos vários órgãos (Duarte & Caldeira, 2002). Decorrente destas complicações, as pessoas com Diabetes tipo 2 apresentam um risco duas a quatro vezes maior de doença coronária face à restante população, e ainda um pior prognóstico; também o risco de doença cerebrovascular e doença vascular periférica é significativamente mais elevado (Brito, 2007).

No que se refere à hospitalização, de acordo com o Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes, assume particular relevo um aumento do número de pessoas internadas com complicações associadas à Diabetes, nomeadamente manifestações oftalmológicas e renais, triplicando a representatividade nalguns casos comparativamente a dados anteriores, ao que se pode juntar uma taxa de 17% de reinternamentos associados a descompensação/complicações da Diabetes. De referir que a média de dias de internamentos associados à Diabetes representa mais do dobro da média de dias dos internamentos do Serviço Nacional de Saúde, fixando-se num valor de 8,0 dias face a 3,4 dias, respectivamente (SPD, 2012).

Em Portugal no ano de 2010, se forem considerados os valores do custo médio das pessoas com Diabetes apresentados pela IDF, a Diabetes representa um custo de 1850 milhões de euros anualmente, o que representa 11% da despesa total em saúde (*idem*).

Tais números permitem afirmar que se está na presença de uma verdadeira epidemia, uma epidemia silenciosa, e que acarretará um elevadíssimo custo para a saúde individual e global (Lisboa & Duarte, 2002). De modo a prevenir as complicações associadas à Diabetes revela-se decisivo a modificação do estilo de vida, onde é defendido a educação para o autocuidado como uma das estratégias mais adequadas e indicadas para o tratamento das pessoas com Diabetes, propiciando que estas pessoas alcancem níveis de qualidade de vida cada vez mais satisfatórios (American Diabetes Association, 2003). Cabe assim à Enfermagem, o papel de facilitar e oferecer suporte às pessoas com Diabetes, procurando a construção de novas possibilidades e qualificação da vivência da sua condição crónica de saúde (Francioni & Silva, 2007).

1.2. Educação em Saúde na Diabetes

Tal como verificado no ponto anterior, tem vindo a ser reconhecida a importância da Diabetes tipo 2 como grave problema de Saúde Pública, devido aos custos económico-sociais associados. No entanto, e de acordo com Duarte e Caldeira (2002), falta ainda mentalizar os próprios diabéticos para as significativas implicações de uma Diabetes mal vigiada e mal tratada.

Assim, é indispensável a mudança da percepção pública centrada na inevitabilidade das doenças crónicas para o paradigma do controle e prevenção da doença e promoção da saúde. Estas prioridades vão ao encontro do que é preconizado pelo processo educativo, o qual visa desenvolver habilidades e fortalecer as actividades educativas nas actividades de autocuidado requeridas pela Diabetes, promovendo e capacitando a pessoa para um estado saudável (Pereira *et al.*, 2009).

Tendo em conta que a Diabetes é uma perturbação metabólica permanente, mas dinâmica, sujeita a grandes variações de acordo com a alimentação, exercício, medicação, stress e doenças intercorrentes, é fundamental que o diabético conheça bem a sua doença e as técnicas correctas para o controlo das variações que possam ocorrer (Caldeira, 2002). Neste contexto, emerge a tríade terapêutica da Diabetes tipo 2, assente no regime alimentar, exercício e medicação, onde a educação assume papel central ao permitir a interligação dos elementos da tríade (*idem*; Duarte & Caldeira, 2002). A educação em saúde na Diabetes é considerada uma actividade vital, uma vez que é através de um processo dinâmico e contínuo que a pessoa com Diabetes poderá

incorporar os conhecimentos de que precisa, alterando comportamentos que lhe proporcionem melhorias na qualidade de vida.

Em 1980 a OMS já dotava a educação em saúde na Diabetes de grande importância e validade no combate à doença, referindo que a educação é a pedra angular da terapia da Diabetes e vital à integração do diabético na sociedade (WHO, 1980). Para a WHO (1998) a educação em saúde é vista como uma forma de comunicação destinada a melhorar a literacia em saúde, onde são construídas oportunidades de aprendizagem de forma consciente, incluindo a melhoria dos conhecimentos e o desenvolvimento de competências que conduzem à melhoria da saúde dos indivíduos, grupos e comunidades. O director geral da WHO, citado por Caldeira (2002), afirma que os dois maiores componentes do Bem-Estar no mundo são a Promoção da Saúde e a Educação.

De facto, as actividades de educação em saúde facilitam a compreensão do processo de viver saudável da pessoa com Diabetes, funcionando através de uma partilha de experiências entre o educador e a pessoa com Diabetes com vista a uma busca conjunta de soluções para os problemas com que se deparam, encorajando as pessoas com Diabetes para uma nova perspectiva de abordagem (Francioni & Silva, 2007). Estas actividades são mecanismos cruciais para que as práticas saudáveis sejam incorporadas no quotidiano das pessoas com Diabetes, no entanto, estas não devem passar apenas por transmissão de informações mas também por estratégias de intervenção assertivas com o propósito de mudar comportamentos e hábitos de vida rumo à eficiência no tratamento da Diabetes (Oliveira, Munari, Bachion, Santos, & Santos, 2009).

A adopção de um novo estilo de vida provido de comportamentos saudáveis por parte das pessoas com Diabetes, passa por intervenções de educação para a saúde e vigilância, tendo como principal foco a prevenção e redução das complicações (Bastos, 2004). A educação na Diabetes tem-se revelado um meio eficaz para a mudança de comportamento da pessoa com Diabetes, favorecendo a adesão à dieta e à prática de actividades físicas, factores terapêuticos primordiais, conduzindo consequentemente a um melhor controlo da doença (Pereira *et al.*, 2009). No entanto, a negligência face à mudança dos comportamentos e hábitos de vida faz com que aproximadamente 50% das pessoas com doenças crónicas, tal como a Diabetes, não consigam melhoras significativas na gestão da sua doença (Organização Pan-Americana de Saúde, 2012).

Neste sentido, a IDF definiu como tema do seu programa para o período de 2009-2013, “Diabetes – educação e prevenção”, considerando como um dos objectivos “saber gerir e assumir o controlo da Diabetes” (ERS, 2011). A DGS (2000) definiu também o que

se entende por Educação Terapêutica para a Diabetes como sendo o processo educativo preparado, desencadeado e efectuado por profissionais de saúde, devidamente capacitados, com vista a habilitar o doente e a sua família a lidar com uma situação de doença crónica, como a Diabetes, e com a prevenção das suas complicações.

A educação em saúde deve procurar assim, transmitir informações-chave que ajudem a pessoa com Diabetes a adquirir habilidades para o controlo da doença, promovendo um estilo de vida saudável através de medidas educativas de prevenção e controlo da doença (Torres, Souza, Lima, & Bodstein, 2011). Estas actividades de educação são desenvolvidas por profissionais de saúde com competências nesta área, tais como o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (EEECSP), e serão construídas para ajudar a pessoa e/ou grupo a saber gerir o seu tratamento e a prevenir as complicações, melhorando desse modo a sua qualidade de vida e favorecendo a sua autonomia (Raposo, 2005).

1.2.1. Educação em grupo na Diabetes

Os programas de acções educativas em saúde têm como propósito informar, esclarecer e orientar, objectivando o seguimento do tratamento (Rabelo & Padilha, 1998). A educação para a saúde rege-se pela proposta de mudanças que sejam benéficas para as pessoas que respeita, sendo que, para que o estado de saúde de um grupo melhore de forma duradoura, é preciso que esse grupo faça a opção de se tornar actor e autor da sua saúde. A educação para a saúde permite a um grupo melhorar globalmente a sua saúde física e mental, aptidões sociais e relações interpessoais; recuperar a auto-estima pessoal e reduzir sentimentos de alienação; fazer com que o grupo tome consciência dos seus valores mostrando eventuais conflitos com a realidade; e encorajar a tomada de decisões, a aprendizagem activa e a escolha de um modo de vida saudável (Morel, Boulanger, Hervé, & Tonnelet, 2001, citando Gueur e Roosen).

A realização de grupos de educação terapêutica promove uma consciencialização da doença de um modo saudável, em que é percepcionado que a doença é apenas parte integrante da vida e não o centro da vida de cada participante, o que leva as pessoas a perceber que se encontram no comando das suas vidas, a dotarem-se de capacidades para enfrentar cada limitação e impossibilidade existente, percebendo a sua autonomia face ao processo de cuidar, tornando-os mais responsáveis e conscientes de que as suas decisões têm consequências no processo de saúde, tanto podendo promover a saúde

como podendo provocar o avanço de complicações crónicas inerentes á doença (Francioni & Silva, 2007).

A educação em grupo promove o intercâmbio de informações e troca de experiências vivenciadas com a doença entre os participantes dos grupos educativos, favorecendo deste modo uma maior adesão ao tratamento bem como um apoio mútuo face à Diabetes (Caldeira, 2002; Pereira *et al.*, 2009). Estas experiências são dotadas de enorme valor terapêutico para os que nelas participam, uma vez que promovem a quebra de barreiras, nomeadamente no que toca a receberem feedback e sugestões construtivas dos outros elementos que estão a vivenciar ou já vivenciaram as mesmas situações (Francioni & Silva, 2007; Oliveira *et al.*, 2009).

A possibilidade de discutir dificuldades e vivências entre pessoas com Diabetes com problemas semelhantes amplia a compreensão acerca da doença e o compromisso para assumir mudanças, devendo esta aquisição de conhecimento ser acompanhada pelo estímulo de profissionais para que haja um exercício efectivo do autocuidado, garantindo assim mudanças igualmente efectivas no comportamento (Oliveira *et al.*, 2009).

De acordo com diversos autores, a continuidade dos cuidados e a consistência das informações transmitidas na educação em grupo são não só clinicamente importantes como fortalecem o elo entre profissional de saúde e a pessoa com Diabetes, favorecendo a sua condição clínica (Torres *et al.*, 2011). Também de acordo com Pereira e Lima (2002), a actividade educativa em grupo revela-se um importante instrumento de acção do EEECSF no combate á doença crónica de grande prevalência, como sendo o caso da Diabetes, visto que, para além de garantir a educação do utente participante no grupo para o auto cuidado, possibilita uma maior adesão ao tratamento, fortalecendo igualmente a ligação à unidade de saúde através de união de interesses e motivações.

Esta metodologia de intervenção em grupo, segundo Torres, Hortale e Schall (2003) e Caldeira (2002), tem-se traduzido numa forma eficaz de promoção da adesão ao tratamento por parte da pessoa com Diabetes, uma vez que, promove a troca de experiências entre os participantes, o apoio emocional, a diversidade de ideias e sugestões para mudanças no estilo de vida.

1.3. A Enfermagem Comunitária na Promoção do Autocuidado

É unanimemente aceite que, caso não exista uma mudança no estilo de vida da nossa sociedade, a incidência da Diabetes será progressivamente maior, o número de

diabéticos em Portugal crescerá e a Diabetes será uma das pandemias do século XXI (Ministério da Saúde, 2006). Neste sentido, cabe aos enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, assumir um papel activo e intervir contribuindo para compensar a Diabetes e interromper ou atrasar a sua evolução para as chamadas complicações tardias. Tendo em conta o campo favorável de actuação dos cuidados de saúde primários, o EEECSF deve, segundo Correia, Dias, Coelho, Page e Vitorino (2001, p.75),

“procurar uma prática centrada na comunidade, promovendo estilos de vida saudáveis, contribuindo para prevenir a doença e as suas consequências mais incapacitantes, dando particular importância à informação de saúde, ao contexto social, económico e político e ao desenvolvimento de novos conhecimentos sobre os determinantes da saúde na comunidade.”

Também o International Council of Nurses (2008) refere que o enfermeiro comunitário ao trabalhar junto da população assume um papel crucial na acção e participação comunitária, na prossecução de comunidades saudáveis e desenvolvimento sustentado, exigindo a mobilização de um conjunto de ferramentas que permitam a consecução de um planeamento capaz de fornecer uma resposta estruturada, eficaz e eficiente adequada á realidade de cada comunidade.

Para uma intervenção integrada e concertada no controlo da Diabetes, é importante que o enfermeiro tenha em conta a consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde (PNS). Assim, destaca-se o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (PNPCD), que faz parte integrante do PNS 2004-2010, bem como a sua intercepção e complementaridade com o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre os Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, o Programa Nacional de Combate à Obesidade e a Plataforma Nacional Contra a Obesidade (DGS, 2008).

O PNPCD, actualmente em vigor, tem como objectivos gerais: gerir de forma integrada a Diabetes, reduzir a prevalência de Diabetes, atrasar o início das complicações *major* da Diabetes e reduzir a sua incidência, bem como reduzir a morbilidade e mortalidade por Diabetes. Como estratégias norteadoras identifica: a intervenção, a formação, e a colheita e análise de informação. Pela sua importância para o desenvolvimento do presente projecto de intervenção comunitária destacam-se as estratégias de formação, onde se defende que a promoção da educação da pessoa com Diabetes é uma premissa fundamental na terapêutica da Diabetes, visando a sua autonomia e a capacidade para gerir a sua doença (*idem*).

No entanto, o relatório de execução do PNPCD (DGS, 2010), espelha que o sistema de saúde não tem demonstrado capacidade para responder de forma adequada à progressão da Diabetes, não garantindo universalmente, por exemplo, a educação terapêutica da pessoa com Diabetes. Este documento considera ainda urgente a definição do âmbito de actuação do PNPCD como prioritário no PNS 2011-2016 (*idem*).

No PNS 2011-2016, em discussão, ao nível da promoção de um contexto favorável à saúde ao longo do ciclo de vida, das áreas com necessidade de intervenção para “Uma Vida Adulta Produtiva”, destacam-se: os determinantes de saúde e estilos de vida saudáveis, como a promoção de actividade física adequada à idade e de uma alimentação saudável, bem como a gestão da doença crónica. O PNPCD é referido neste PNS como apoio para a formulação de políticas de saúde neste contexto (ACS, 2011).

Assim, e enquadrado no PNPCD, nas estratégias de formação, é importante que o enfermeiro, através da educação para a saúde, consiga identificar qual ou quais os obstáculos ao tratamento das pessoas com Diabetes, procurando educá-las de forma a prevenir as complicações crónicas do processo de doença.

De acordo com Oliveira (2000), o objectivo da educação para a saúde a este tipo de utentes será atingir o bom controlo metabólico, melhorar as actividades do diabético relacionadas com o autocontrolo, promover modificações no estilo de vida, minimizar a ocorrência das complicações agudas, reduzir hospitalizações devido às complicações crónicas e, consequentemente melhorar a qualidade de vida da pessoa com Diabetes. Uma reflexão sobre a educação na Diabetes, na perspectiva de Caldeira (2002), ressalva que o ensino de novos conhecimentos faz parte da educação mas não representa a sua essência, esta reside antes no treino de comportamentos até à criação do hábito, tornando-se efectiva quando atinge o seu objectivo, a aquisição de novos hábitos com a intervenção activa da pessoa com Diabetes.

As mudanças de estilo de vida representam uma grande dificuldade para as pessoas, nomeadamente para as pessoas com Diabetes no que se refere a seguir uma dieta adequada e a praticar actividade física. Estas pessoas vêem-se confrontadas diariamente com a necessidade de tomar decisões autónomas para o controlo da sua doença, decisões essas que têm um enorme impacto no seu bem-estar e na sua qualidade de vida (Ó & Loureiro, 2007).

No seguimento, e uma vez que a pessoa com Diabetes se depara diariamente com a necessidade de desenvolver um conjunto de acções comportamentais para cuidar de si

própria, revela-se importante dotar essa pessoa com competências que a tornem capaz de compreender e gerir a doença no dia-a-dia, promovendo o autocuidado (Bastos, 2004).

A OMS corrobora igualmente esta necessidade, ao referir que a pessoa com Diabetes necessita de um acompanhamento por um longo período de tempo por parte dos profissionais de saúde, os quais devem assegurar que a pessoa com Diabetes percebe a necessidade de assumir a responsabilidade pelos cuidados inerentes à sua doença, orientando dessa forma a sua própria vida (WHO, 2003).

A adesão ao autocuidado por parte das pessoas com Diabetes faz assim parte de um constructo multidimensional que é o regime terapêutico da Diabetes, revelando-se cada vez mais importante face à gestão terapêutica da doença. Neste sentido, para Haynes (citado por Boas *et al.*, 2011) a adesão ao autocuidado na pessoa com Diabetes é definida como sendo a extensão do comportamento no que se refere ao uso de medicação, ao seguimento de planos alimentares e à prática diária de actividades físicas, com vista ao favorecimento da mudança de comportamentos e à adopção de hábitos de vida saudáveis.

Embora a literatura na sua generalidade refira que a gravidade da doença pode ser um factor que contribui favoravelmente para a adesão ao autocuidado, é reconhecido que mesmo para as doenças graves a fraca adesão acaba por se revelar universal, chegando a valores de não adesão ao regime terapêutico na ordem dos 50%, optando as pessoas por ignorar a doença (DGS, 2012). Também Ó e Loureiro (2007) referem que quando a gestão do regime terapêutico supõe a mudança de estilos de vida, requerendo importantes decisões que interferem por vezes com crenças pessoais, está associada uma fraca adesão ao autocuidado, destacando-se entre estas doenças a Diabetes, dotada do seu cariz crónico, que exige diversas demandas de autocuidado, como as mudanças comportamentais relacionadas com a dieta e a actividade física.

É através da educação para o autocuidado que se consegue motivar os utentes de cuidados de saúde primários para uma adesão ao tratamento, de forma permanente e continuada no tempo, adaptando-se à doença através da adopção de um estilo de vida ajustado, visando uma melhoria da qualidade de vida (Apóstolo *et al.*, 2007).

Ao abordar-se a educação para o autocuidado, torna-se necessário focar o referencial teórico que serve de base para a presente intervenção comunitária, a Teoria de Enfermagem do Défice de Autocuidado, de Dorothea Orem (Orem, 2001).

1.3.1. Teoria de Enfermagem do Deficit de Autocuidado

Na teoria de Dorothea Orem o enfermeiro, perante uma pessoa incapacitada ou limitada na satisfação das necessidades de autocuidado, planeia e implementa um conjunto de intervenções que visam cuidar da pessoa de acordo com os diferentes graus de dependência e promover o seu autocuidado (Orem, 2001).

Para Dorothea Orem o termo autocuidado é definido como a prática de actividades reguladoras que os indivíduos utilizam deliberadamente em seu próprio benefício, para a manutenção de requisitos vitais, de desenvolvimento e funcionamento integral, ou seja, a saúde e o bem-estar. A partir deste conceito Dorothea Orem desenvolveu a Teoria de Enfermagem do Deficit de Autocuidado, teoria essa que é composta por três teorias distintas interligadas entre si: a Teoria do Autocuidado; a Teoria do Deficit de Autocuidado; e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem (*idem*).

A Teoria do Deficit de Autocuidado é considerada como sendo o núcleo da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, que relaciona a capacidade de acção da pessoa e a sua necessidade para o autocuidado, reportando-se o termo déficit à relação em que as acções que as pessoas deveriam desenvolver e as que têm capacidade de desenvolver no sentido de manter a vida, a saúde e o seu próprio bem-estar. Esta teoria assenta em três conceitos fundamentais: agente de autocuidado, procura de autocuidado terapêutico e déficit de autocuidado (*idem*).

A mesma autora definiu igualmente grupos de necessidades de autocuidado, as quais denominou de requisitos de autocuidado, dividindo-os em três tipos: requisitos universais, estão associados a processos de vida e à manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano; requisitos de desenvolvimento, relacionam-se com o processo de desenvolvimento do homem e com aqueles factores que o influenciam podendo prejudicar o seu processo de desenvolvimento; requisitos de desvio de saúde, estão relacionados com problemas de natureza genética, estrutural ou funcional e os seus efeitos, podendo ser consequência de medidas terapêuticas exigidas para diagnosticar e/ou corrigir uma condição. Ressalva ainda os factores condicionantes, internos e externos, considerando que a participação das pessoas nas práticas de autocuidado está dependente de aspectos culturais, educacionais, relativos a habilidades e limitações pessoais, experiência de vida, estado de saúde e recursos disponíveis.

A Teoria do Déficit de Autocuidado preconiza que a Enfermagem é solicitada quando a pessoa necessita de integrar medidas de autocuidado que se revelem

necessárias mas que são consideradas complexas para o seu sistema de autocuidado, exigindo conhecimentos e habilidades especializados, somente adquiridos através de treino e experiência, ou por outro lado, quando a pessoa precisa de ajuda para a recuperação de uma doença ou lesão, ou para enfrentar os seus efeitos. Assim, segundo a referida autora, cabe aos profissionais de enfermagem a capacidade de prever alguma alteração no déficit existente, seja este devido a uma diminuição das competências para o autocuidado ou por um aumento dos requisitos de cuidados, ou até por ambos (*idem*).

De modo a estabelecer a estrutura e o conteúdo da prática de enfermagem, é desenvolvida a Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Nesta teoria, Dorothea Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem: sistema totalmente compensatório; sistema parcialmente compensatório; e sistema de apoio-educação. Quanto ao sistema totalmente compensatório a pessoa apresenta limitações que a tornam socialmente dependente de outros para continuar a sua existência e o seu bem-estar. No que se refere ao sistema parcialmente compensatório tanto o cuidador como a pessoa desempenham as medidas de cuidados ou outras acções necessárias. Relativamente ao sistema de apoio-educação a pessoa tem capacidade de desempenhar o seu autocuidado não necessitando de assistência, podendo no entanto, necessitar de aprender a executar os cuidados necessários através de orientação (*idem*).

Considerando o exposto, a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, de Dorothea Orem, afigura-se como sendo um referencial teórico adequado para a intervenção da enfermagem comunitária, onde em conjunto com o grupo de pessoas com Diabetes se estabelecerá o plano de acção, envolvendo a responsabilidade de vários elementos na satisfação das necessidades terapêuticas para o autocuidado, como sendo o enfermeiro, os participantes e outros profissionais. O enfermeiro é visto como o profissional de saúde com conhecimentos para identificar incapacidades às quais os seres humanos podem estar sujeitos, podendo estas serem derivadas do estado de saúde das pessoas, impedindo-as de cuidar de si. Caso essa incapacidade seja verificada, o enfermeiro deve assumir o papel de agente do autocuidado, mobilizando as suas competências de modo a desenvolver ou estimular acções de autocuidado. Também as acções educativas em grupo podem ser incorporadas no modelo de Dorothea Orem tendo em conta a definição dos Sistemas de Enfermagem para a actuação do enfermeiro, uma vez que segundo a autora estas podem ser desenvolvidas para grupos cujos elementos tenham necessidades de autocuidado com componentes idênticas, o que se verifica nesta intervenção comunitária.

2. METODOLOGIA

O planeamento, processo inicialmente utilizado pelo sector económico, tem vindo gradualmente a ser utilizado também pelo sector social de forma integrada, assentando numa análise multisectorial da comunidade, promovendo o envolvimento de todas as partes interessadas na sua finalidade, desde os políticos, os responsáveis técnicos aos representantes da população. Neste sentido, esta metodologia tem sido também aplicada no sector da saúde, onde o planeamento passou de uma restrição no âmbito do planeamento dos serviços de saúde para uma abordagem mais abrangente aos sectores sociais e de saúde (Imperatori & Giraldes, 1993). Nesta área específica, constitui-se como um instrumento excepcional na mudança da realidade de forma eficiente, particularmente no que toca ao estado de saúde e comportamento das populações.

O Planeamento em Saúde é assim um processo contínuo de previsão de recursos, para atingir objectivos determinados, de acordo com uma ordem de prioridade estabelecida, que permite seleccionar as soluções adequadas entre várias alternativas (Tavares, 1990). Esta metodologia assume-se como um processo de mudança que visa melhorar o futuro tendo como referência o passado e o presente, e tendo em conta os interesses e valores que a sociedade e os indivíduos atribuem à Saúde (Durán, 1989).

Ao longo da intervenção comunitária desenvolvida adoptou-se a metodologia de planeamento em saúde, utilizando-se o modelo defendido por Tavares (1990), modelo esse que assume como principais fases do seu processo: diagnóstico da situação; determinação de prioridades; fixação de objectivos; selecção de estratégias; preparação operacional - programação; e avaliação. Assim, ao longo deste capítulo apresentar-se-á a descrição de cada etapa do processo de Planeamento em Saúde conforme decorreu na consecução do projecto de intervenção comunitária.

2.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação assume-se como uma das fases primordiais do Planeamento em Saúde, sendo nesta fase que se determinam as necessidades da população, pelo que somente após a definição desta fase será possível começar a actuação. Esta etapa visa a elaboração de um modelo descritivo da realidade sobre a qual se pretende actuar e mudar, compreendendo, por um lado, a identificação dos problemas de saúde, e por outro, a determinação das necessidades da população.

Procura atingir o estado de saúde ideal, mobilizando para tal as percepções da população e não somente o percebido pelos profissionais de saúde, garantindo deste modo a pertinência e adequação do projecto (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

2.1.1. Contextualização do local de intervenção

Fazer a contextualização do local onde decorre a intervenção comunitária revela-se bastante pertinente pois conforme refere Durán (1989, pág. 63) “a exploração directa no terreno é indispensável e é também a fonte mais fiável”.

A intervenção comunitária desenvolveu-se numa cidade do concelho de Loures, que é constituído por 18 freguesias e tem uma área geográfica de 169,3 Km² (Instituto Nacional de Estatística, 2009). O concelho apresenta uma população de 205 054 habitantes, onde 47,94% são elementos do sexo masculino e 52,06% são elementos do sexo feminino. No que se refere à problemática em estudo, a Diabetes, tendo em conta os dados epidemiológicos descritos anteriormente, acrescenta-se que dados do Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006 (Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, 2009) mostram que na região de Lisboa e Vale do Tejo, onde se insere o concelho de Loures, 220 897 habitantes são portadores de Diabetes, com maior prevalência na faixa etária dos 55 aos 74 anos.

O Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) onde decorreu a intervenção comunitária abrange uma área geográfica de 169 km², prestando cuidados de saúde a 18 freguesias, com uma população de 199 059 habitantes. É composto por 7 Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados e 7 Unidades de Saúde Familiar (USF), que constituem as Unidades Funcionais, garantindo estas o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

A USF onde se desenvolveu a intervenção comunitária é uma unidade constituída por uma equipa multidisciplinar de vinte e quatro profissionais, dando resposta a 14 000 utentes do concelho, de acordo com dados do programa Sinus.

2.1.2. População e amostra

A descrição da situação deve considerar diversos elementos que a permitem caracterizar, entre os quais a população que é alvo das intervenções (Imperatori e Giraldes, 1993). Tendo em conta a prática focada na população, torna-se pertinente definir o que se entende por população, sendo esta vista como um conjunto de indivíduos que partilham características comuns segundo critérios definidos (Fortin, 1999; Glick & Stanhope, 2011).

Recorrendo ao programa informático VITAHisCARE, verifica-se que a USF apresenta uma população de 590 utentes diabéticos, dos quais 446 são seguidos em Consulta de Enfermagem de Diabetes (CED). De acordo com os objectivos da intervenção, a população definida para o presente projecto são os utentes diabéticos tipo 2 da USF que frequentam a CED, que se realiza semanalmente às sextas-feiras, das 09 horas às 12 horas e 30 minutos. Tendo em conta o número de utentes diabéticos inscritos na CED não ser exequível com o limite temporal da intervenção, revelou-se necessário proceder a uma amostragem, garantindo desta forma, conforme nos refere Fortin (1999), obter informações relacionadas com o fenómeno da Diabetes tipo 2 através de uma amostra da população.

Assim, na selecção da amostra, utilizou-se uma técnica não probabilística de amostragem, uma vez que no período preconizado no cronograma da intervenção comunitária definido não seria possível ter acesso a toda a população, optando-se pela técnica de amostragem accidental, na medida em que os participantes foram seleccionados à medida que foram comparecendo na CED, num período temporal definido, e que preenchiam os critérios de selecção definidos (*idem*). A selecção da amostra decorreu entre 07 de Outubro e 11 de Novembro de 2011. Como critérios de exclusão foram definidos: utentes que possuam co-morbilidades debilitantes (físicas ou cognitivas) que afectem o desenvolvimento da capacidade para o autocuidado; utentes que não saibam ler, escrever ou interpretar o instrumento de colheita de dados; utentes que demonstrem incapacidade ou recusa em fornecer o consentimento livre e esclarecido.

Dos 24 utentes que compareceram na CED no período acima mencionado, 22 eram portadores de Diabetes tipo 2. Dos 22 utentes portadores de Diabetes tipo 2 foram excluídos: 1 utente por ausência do país no período em que se iria desenvolver a implementação das estratégias de intervenção; 2 utentes por questões organizacionais referentes à CED; 1 utente por, apesar de ter mostrado motivação para o projecto, ter

necessidade de se dedicar à prestação de cuidados a um familiar que sofria de uma doença grave em fase aguda e que requeria um processo de adaptação exigente; e 1 utente por não saber ler nem escrever. Assim, após a aplicação dos critérios de selecção, a amostra da presente intervenção comunitária é constituída por 17 participantes.

2.1.3. Técnicas e procedimentos de colheita de dados

Uma das etapas no diagnóstico de situação reporta-se à identificação e estudo de problemas e necessidades de saúde num domínio específico, neste caso o autocuidado na Diabetes tipo 2, sendo necessário para tal uma adequada colheita de dados (Tavares, 1990). O principal objectivo da colheita de dados na intervenção comunitária é obter informação útil acerca da comunidade e da sua saúde, sendo estes dados após a recolha interpretados e desta forma identificados os problemas comunitários (Shuster & Goeppinger, 2011).

Assim, de modo a aprofundar o conhecimento da amostra seleccionada para a intervenção comunitária, foi construído e aplicado inicialmente um questionário para elaboração do perfil dos participantes, com preponderância na intervenção em causa, nomeadamente na selecção de estratégias e intervenções a desenvolver (**Apêndice I**). Neste questionário incluíram-se dados referentes aos participantes tais como: género, idade, estado civil, escolaridade e situação laboral. Foi adicionado também duas perguntas referentes ao tratamento da Diabetes tipo 2, aquando do diagnóstico e actualmente, de modo a compreender a evolução do processo terapêutico da doença no grupo de participantes.

De forma a conseguir identificar os possíveis problemas de saúde, particularmente no âmbito do autocuidado nas pessoas com Diabetes tipo 2, foi realizada uma extensa revisão bibliográfica, baseada na finalidade da intervenção, promoção do autocuidado nas pessoas com Diabetes tipo 2, e nas premissas do referencial teórico adoptado, Teoria de Enfermagem do Deficit de Autocuidado de Dorothea Orem. Assim, o uso da Escala de Actividades de Autocuidado com a Diabetes (EAAD), traduzida e adaptada da escala Summary of Diabetes Self-Care Activities, de Glasgow, Toobert, Hampson (2000) por Bastos e Lopes (2004, citada por Bastos, Severo & Lopes, 2007), apresenta-se como a opção adequada (**Anexo I**).

De acordo com os autores, este instrumento de autopreenchimento é considerado como o mais utilizado para medir o autocuidado com a Diabetes em adultos. A EAAD

apresenta uma medida multidimensional de autogestão da Diabetes, com 17 itens agrupados em seis dimensões, sendo parametrizada em dias por semana que os participantes apresentam determinado comportamento. O nível de adesão varia entre 0 e 7, correspondendo aos comportamentos adoptados nos últimos sete dias, em que zero é a situação menos desejável e sete a mais favorável, sendo a média do número de dias dos itens em cada dimensão o nível de adesão por dimensão. De modo a garantir a consistência na direcção das respostas, as variáveis que pontuam pela negativa estão recodificadas, como na sub-escala alimentação específica em que se inverte a pontuação (0=7; 1=6... 0=7).

Esta escala revela-se de fácil e rápida aplicação, demorando em média 20 minutos. Quanto á interpretação também está facilitada uma vez que está operacionalizada em dias por semana, reportando-se a comportamentos concretos que decorreram na semana anterior à sua aplicação (*idem*). As dimensões possibilitam deste modo a identificação de déficits no autocuidado presentes no grupo de participantes da intervenção comunitária.

Quanto aos procedimentos realizados, ambos os instrumentos atrás referidos, foram aplicados ao grupo de participantes da intervenção comunitária em âmbito da CED durante o período compreendido entre 07 de Outubro e 11 de Novembro de 2011. Os instrumentos foram aplicados através de administração directa, uma vez que foram preenchidos pelos próprios participantes após todas as explicações úteis necessárias (Quivy & Campenhoudt, 2005). Em contexto da CED, foi assim possível o início da interacção entre o enfermeiro e os participantes, com a apresentação pessoal, a apresentação e esclarecimento do projecto, pedido do consentimento informado (garantindo o respeito pelos princípios éticos que seguidamente serão apresentados) e a aplicação de ambos os instrumentos de colheita de dados.

2.1.4. Questões éticas

Os procedimentos éticos assumem enorme importância, necessitando de muita atenção em qualquer intervenção que seja realizada no âmbito da Enfermagem, uma vez que o centro de todas as acções e a pedra angular do cuidar é o Ser Humano, assumindo-se como primordial garantir a defesa dos seus direitos e necessidades (Silva, Fletcher & Sorrell, 2011).

Assim, a realização de qualquer intervenção comunitária implica, por parte do profissional, a observância de princípios éticos e morais inerentes á comunidade

científica, existindo um conjunto de princípios ou direitos fundamentais, que se esperam ver respeitados pelo profissional, que são: o direito à auto - determinação; direito à intimidade; direito ao anonimato e à confidencialidade; direito à protecção contra o desconforto e prejuízo; e direito a um tratamento justo e equitativo (Fortin, 1999). Também Fry (1999) refere que, como resposta aos direitos das pessoas, os profissionais de saúde assumem particulares deveres ou responsabilidades para com estes, sendo alguns apoiados por códigos profissionais de ética, tal como o Código Deontológico do Enfermeiro, correlacionando-se com os, já referidos, direitos básicos das pessoas. De entre esses deveres ou responsabilidades encontram-se: os deveres de código; o dever de veracidade; a regra de confidencialidade; o dever de defesa; o valor de cuidar; e o dever de responsabilidade moral.

A obtenção do consentimento escrito, livre e esclarecido (**Apêndice II**), da parte dos participantes no projecto é preceito essencial na manutenção dos procedimentos éticos exigidos. Nesse sentido, ao longo de todo o processo, certificou-se que cada participante era conhecedor da índole voluntária da participação, de todos os direitos inerentes, inclusive a possibilidade de se retirar sem quaisquer consequências, estando as informações descritas de forma clara e precisa, numa linguagem compreensível simples e comum, no consentimento informado assinado por cada um dos participantes, respeitando desta forma as indicações de Fortin (1999). Igualmente, cada actividade inerente às estratégias de intervenção delineadas foi cuidadosamente descrita e clarificada previamente, garantindo o cariz voluntário da participação em cada uma delas.

Tendo em conta a presente intervenção pressupor o acompanhamento dos participantes, tornou-se necessário, no que respeita ao direito ao anonimato e à confidencialidade, recorrer às orientações de Fortin (1999), aplicando aos instrumentos de colheita de dados um código por participante, que somente foi do conhecimento do enfermeiro mestrando. Relativamente ao instrumento de colheita de dados, foi também solicitada a devida autorização de utilização da EAAD, via endereço electrónico, na pessoa da Professora Fernanda Bastos, de forma a respeitar igualmente os princípios ético-legais neste campo (**Anexo II**).

2.1.5. Apresentação e análise dos dados

Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário de caracterização, da EAAD, e da consulta da plataforma informática VITAhisCARE, e foram

inseridos e processados recorrendo ao programa informático Microsoft Excel[®] 2010. Conforme recomendado pela metodologia utilizada, Planeamento em Saúde, a análise dos dados obtidos foi realizada recorrendo à estatística descritiva, visto permitir descrever as características da amostra. Na estatística descritiva recorreu-se à distribuição de frequências, para as variáveis discretas, e às medidas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio padrão) para a variável contínua (Fortin, 1999). De seguida serão apresentados os dados mais relevantes para a caracterização da amostra, sendo todos os dados apresentados em apêndice (**Apêndice III**).

Assim, relativamente à caracterização sociodemográfica dos participantes, estes são maioritariamente do género feminino, perfazendo 59%, enquanto o género masculino perfaz 41%. Relativamente à idade, a faixa etária dos 60 aos 64 anos é a mais frequente (41,18%), apresentando uma média de idade de 63,24 ($\pm 5,75$) anos e mediana de 64 anos. Os participantes são na sua larga maioria casados (64,70%). No que se refere à escolaridade os participantes apresentam com maior frequência o 1º ciclo do ensino básico (52,94%), sendo a situação laboral mais frequente a reforma (52,94%), seguindo-se os que se encontram em situação activa (29,41%) e os desempregados, com 17,65%.

No que se refere à evolução e tratamento da Diabetes tipo 2, aquando do diagnóstico, o tratamento mais frequentemente instituído foi a introdução de antidiabéticos orais (58,82%), sendo que relativamente ao tratamento actual se destaca pela maior frequência a toma de antidiabéticos orais conjugado com dieta e exercício físico, com 41,18%, seguindo-se a conjugação de antidiabéticos orais e dieta, com 35,30%. Estes dados parecem revelar uma crescente preocupação com a introdução de alterações nos estilos de vida no tratamento da Diabetes, na medida em que no tratamento actual se assiste à conjugação de antidiabéticos orais com dieta e exercício físico.

Recorrendo à EAAD foram analisadas todas as variáveis que demonstram as actividades de autocuidado com a Diabetes. Os dados serão apresentados por dimensão da EAAD, tal como recomendado por Bastos, Severo e Lopes (2007), na medida em que avaliar o nível global de adesão ao autocuidado revela uma baixa consistência interna, dado que o comportamento de adesão é multidimensional. Os mesmos autores reforçam que na escala original também não são apresentados os resultados em nível global de adesão. Seguidamente serão apresentados os dados mais relevantes para a identificação dos problemas da população em análise, sendo todos os dados apresentados no **Apêndice IV**.

Quando colocadas as questões aos participantes relativamente à alimentação, na sub-escala **alimentação geral**, verifica-se que a média de dias observada é de 4,67 (\pm 1,60) dias/semana, correspondendo a um nível de adesão de 66,71%. No que se refere à sub-escala **alimentação específica**, de acordo com os dados recolhidos, pode-se apurar que a média de dias verificada é de 4,35 (\pm 1,29) dias/semana, o que significa um nível de adesão de 62,14%. É de realçar, mais uma vez, que a pontuação da sub-escala alimentação específica foi invertida para que os menores valores correspondam a uma maior adesão às actividades de autocuidado (Bastos *et al.*, 2007).

Tendo em conta que o objectivo do diagnóstico de situação é identificar áreas problemáticas e considerando que as medidas de tendência central e de dispersão da alimentação geral e específica são aproximadas, para fins de identificação de problemas de adesão ao autocuidado nos participantes da amostra, foi considerada a alimentação como uma única dimensão, tal como se verifica na escala original (*idem*). Assim, na análise da **alimentação** foram considerados globalmente os 10 itens, 3 da alimentação geral e 7 da alimentação específica, apresentando uma média de 4,44 (\pm 1,13) dias, com um nível de adesão de 63,43% nesta dimensão.

Relativamente à dimensão **actividade física**, verifica-se que a adesão a esta actividade de autocuidado para com a Diabetes apresenta uma média de apenas 1,94 (\pm 1,84) dias/semana, assumindo-se como uma das dimensões que apresentava valores mais baixos de adesão ao autocuidado com um nível de adesão de 27,71%.

Quanto à dimensão **monitorização da glicémia**, procedeu-se de acordo com as indicações fornecidas por Bastos *et al.* (2007), procurando-se obter a concordância da média de adesão à monitorização da glicémia efectuadas pelos participantes com a média de adesão à monitorização da glicémia recomendadas pelos profissionais de saúde. Assim, os dados estatísticos revelam a existência de uma concordância nos dois itens, verificando-se uma média de avaliações efectuadas pelos participantes de 3,41 (\pm 2,18) dias/semana, e uma média de avaliações recomendadas pelos profissionais de saúde de 2,88 (\pm 2,06) dias/semana. Estes dados revelam assim uma média de avaliações efectuadas superior à média de avaliações recomendadas, pelo que este aspecto não será tido em consideração enquanto problema nos participantes da intervenção comunitária.

No que se refere à dimensão **cuidados com os pés** pode-se observar que apresenta um nível de adesão de 79,57%, com uma média de 5,57 (\pm 2,00) dias/semana,

não sendo considerada assim como uma dimensão que esteja especialmente afectada de acordo com os dados fornecidos pelos participantes.

A dimensão **medicação** revela-nos que em média cada participante toma a medicação em 6,07 (\pm 1,98) dias/semana, o que indica um nível de adesão de 86,71%, apresentando desta forma uma adesão adequada nesta dimensão, aproximando-se bastante do valor máximo definido na escala.

Finalmente, no que confere aos **hábitos tabágicos**, esta é uma dimensão onde não parece haver necessidade de preocupação em termos de grupo, na medida em que dos 17 participantes da amostra, apenas um refere ser fumador, consumindo 30 cigarros diariamente. Quanto aos restantes 16 participantes, 12 nunca fumaram e 4 não fumam há mais de dois anos. No que ao participante que fuma diz respeito, foi realizada uma intervenção a nível individual e encaminhado para o médico de família de modo a ser acompanhado na cessação tabágica para o qual referiu estar motivado.

O componente com melhores níveis de adesão ao autocuidado reporta-se à dimensão medicação, com um nível de adesão de 86,71%, enquanto o componente com maior déficit nos níveis de adesão se afigura como sendo a actividade física, com um nível de adesão de 27,71%. Esta constatação vai ao encontro do que é referido por Carvalheiro (2003), quando diz que Portugal é o país da União Europeia em que a população menos adere à prática de exercício físico.

De acordo com Tavares (1990) o diagnóstico de situação deve terminar com a elaboração de uma lista de problemas sobre os quais irá assentar a escolha dos que se pretendem solucionar ou minimizar. Assim, da análise dos dados que foram anteriormente apresentados, considera-se como elegíveis os seguintes problemas: déficit na adesão às actividades de autocuidado com a Diabetes, na alimentação; déficit na adesão às actividades de autocuidado com a Diabetes, na actividade física; e déficit na adesão às actividades de autocuidado com a Diabetes, no cuidado com os pés.

De ressaltar que, na identificação dos problemas, ocorreu uma parceria entre participantes e profissional de saúde, determinando estes as acções e o tipo de intervenção apropriada (Orem, 2001). Ainda de acordo com a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, os problemas identificados preenchem os requisitos de autocuidado de desvio de saúde, na medida em que estão relacionados com medidas terapêuticas exigidas para corrigir uma condição, neste caso a adesão às actividades de autocuidado com a Diabetes.

2.2. Determinação de prioridades

Após a identificação das necessidades de saúde da amostra seleccionada, torna-se importante nesta fase a hierarquização destes, de modo a justificar a pertinência da intervenção no(s) problema(s) seleccionados e conseguir satisfazer a fase seguinte, a definição dos objectivos que irão orientar a intervenção comunitária.

A determinação de prioridades assume-se assim como um processo de tomada de decisão, procurando saber em que problema(s) se deve(m) intervir primeiramente e a ordem a obedecer, permitindo consequentemente uma eficiente utilização dos recursos e a optimização dos resultados a atingir. Para tal, é necessário recorrer-se a técnicas e critérios previamente definidos (Imperatori e Giraldes, 1993; Tavares, 1990). Neste âmbito é de ressaltar, que a presente determinação de prioridades foi realizada em parceria com a enfermeira responsável pela CED, quer ao nível da selecção da técnica mais adequada, a grelha de análise, quer da aplicação dos critérios inerentes à mesma.

A grelha de análise, referida por Tavares (1990), revelou-se como pertinente tendo em conta a sua objectividade e o contexto da intervenção programada. Esta assenta em quatro critérios: a importância do problema; a relação entre o problema e o(s) factor(es) de risco; a capacidade técnica de resolver o problema; e a exequibilidade do projecto ou da intervenção. A cada critério atribui-se sucessivamente uma classificação mais (+) ou menos (-), de forma sequencial, o que possibilita progredir na própria grelha através de valores já inscritos nesta, designados por recomendações, obtendo-se no final o resultado, correspondendo 1 à prioridade máxima (*idem*).

Observando o primeiro critério utilizado na grelha de análise, importância do problema, assumiu-se como adequada a mobilização da magnitude do problema, sendo esta entendida, de acordo com Imperatori e Giraldes (1993), como a determinação ou caracterização do problema através da sua medição. Assim, respeitando o enunciado dos problemas foi calculado o défice de adesão às actividades de autocuidado da EAAD através dos valores de adesão apresentado no ponto anterior, obtendo-se: défice na adesão às actividades de autocuidado com a Diabetes, na dimensão alimentação de 36,57%, sendo atribuída uma classificação (-); défice na adesão às actividades de autocuidado com a Diabetes, na dimensão actividade física de 72,29%, assumindo-se como sendo o valor com maior importância, pelo que foi atribuída a classificação de (+); e défice na adesão às actividades de autocuidado com a Diabetes, na dimensão cuidados com os pés de 20,43%, sendo atribuída a classificação (-).

No segundo critério, relação entre o problema e o(s) factor(es) de risco, é atribuída classificação (+) aos dois problemas que a literatura reconhece como sendo factores de risco, conforme descrito no enquadramento teórico, o déficite na adesão às actividades de autocuidado com a Diabetes, na dimensão alimentação e o déficite na adesão às actividades de autocuidado com a Diabetes, na dimensão actividade física. Ao déficite na adesão às actividades de autocuidado com a Diabetes, na dimensão cuidado com os pés, foi atribuída a classificação (-) por não ser considerado pela literatura como um factor de risco mas antes uma actividade essencial na prevenção de complicações tardias da Diabetes.

No que se refere ao terceiro e quarto critérios da escala, capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade da intervenção, respectivamente, foi atribuída a classificação (+) para os três problemas, na medida em que a intervenção no âmbito do presente projecto de intervenção comunitária foi considerada igualmente possível tanto em termos de capacidade técnica, como de exequibilidade da intervenção.

Após a aplicação dos critérios e atribuição das classificações aos problemas identificados, foi possível priorizá-los de acordo com as recomendações referidas por Tavares (1990). De forma a sistematizar todo o processo de priorização foi elaborado um quadro (**Apêndice V**) de onde se obtém a seguinte ordenação de problemas:

- 1º - Déficit de autocuidado na actividade física (recomendação = 1);
- 2º - Déficit de autocuidado na alimentação (recomendação = 9);
- 3º - Déficit de autocuidado nos cuidados com os pés (recomendação = 13)

Para efeitos da elaboração dos diagnósticos de enfermagem e seguimento das restantes etapas do Planeamento em Saúde, foram considerados apenas os dois primeiros problemas priorizados, na medida em que, estes são dois dos vértices da já referida tríade terapêutica na Diabetes tipo 2, e como tal são considerados elementos essenciais na gestão da doença.

A priorização foi partilhada com o grupo de participantes, de modo a que estes se sentissem estimulados e envolvidos no processo de tomada de decisões inerentes à intervenção comunitária na qual participaram, tendo estes validado os problemas seleccionados de acordo com as necessidades sentidas.

2.2.1 Diagnósticos de Enfermagem

Efectuada a análise e interpretação dos dados obtidos, através da aplicação da EAAD aos participantes da intervenção comunitária, formularam-se os diagnósticos de enfermagem, obedecendo à linguagem da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) Versão 2, e de acordo com as premissas da Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado.

A opção pela CIPE® 2, considerada pela Ordem dos Enfermeiros (OE) como um instrumento basilar para a prática de Enfermagem, prende-se com o facto de esta classificação poder ser utilizada na formulação de diagnósticos, intervenções e resultados dos clientes, otimizando deste modo os resultados nos clientes, apoiando decisões para a gestão de recursos de cuidados de saúde e modelando a Enfermagem e as políticas dos cuidados de saúde (OE, 2011).

Neste sentido, os resultados apresentados sugeriram a presença de défice nas actividades de autocuidado com a Diabetes, pelo que poder-se-á definir como Diagnóstico de Enfermagem, tendo em conta as premissas atrás referidas:

Défice no Autocuidado (diagnóstico) para com a Diabetes (foco), no regime de exercício (foco) e regime dietético (foco), num grupo (cliente) de utentes com Diabetes tipo 2.

2.3. Fixação de Objectivos

Na terceira etapa do Planeamento em Saúde, já se conhece o âmbito do projecto a desenvolver, pelo que se procederá à elaboração dos objectivos obedecendo a um percurso de quatro fases: selecção dos indicadores; determinação da tendência dos problemas; fixação dos objectivos; e tradução dos objectivos em metas (Imperator e Giraldes, 1993; Tavares, 1990).

Assim, como refere Tavares (1990) assumem especial importância os indicadores de resultado ou impacto e os indicadores de actividade ou execução, garantindo a consecução de objectivos e metas. Relativamente à tendência dos problemas, esta não foi determinada por ausência de dados anteriores sobre esta temática na região. O supracitado autor refere ainda, que para a formulação dos objectivos existem cinco elementos que devem estar presentes: a natureza da situação desejada; os critérios de sucesso ou fracasso; a população-alvo; a zona de aplicação; e o tempo em que deverá ser atingido.

O modelo conceptual de enfermagem desenvolvido por Dorothea Orem, assente no autocuidado, preconiza que a Enfermagem intervenha quando a pessoa necessita de integrar medidas de autocuidado que se revelem necessárias, possibilitando à pessoa desenvolver competências no âmbito do autocuidado de forma a enfrentar os efeitos da doença de forma autónoma (Orem, 2001). No seguimento, foi enunciado o objectivo geral da intervenção comunitária: Promover a adesão às actividades de autocuidado com a Diabetes, actividade física e alimentação, num grupo de utentes diabéticos tipo 2 de uma USF do concelho de Loures, de Outubro de 2011 a Fevereiro de 2012.

Resultantes do objectivo geral foram elaborados objectivos operacionais, de forma mensurável e tecnicamente exequíveis, de modo a atingir os resultados desejáveis (Tavares, 1990). Deste modo, foram definidos para o grupo de utentes diabéticos tipo 2 da USF, de Outubro de 2011 a Fevereiro de 2012:

- Que pelo menos 70% dos participantes reconheçam a importância da alimentação saudável enquanto actividade de autocuidado na gestão da Diabetes;
- Que pelo menos 70% dos participantes identifiquem três ou mais cuidados a ter em conta na adopção de uma alimentação saudável;
- Que pelo menos 70% dos participantes reconheçam a importância da actividade física enquanto actividade de autocuidado na gestão da Diabetes;
- Que pelo menos 70% dos participantes identifiquem três ou mais cuidados a ter em conta na realização de actividade física;

Tendo em conta o referencial teórico assente no comportamento de autocuidado, e o objectivo geral definido, com a intervenção comunitária implementada pretendeu-se promover uma mudança de comportamento das pessoas com Diabetes tipo 2, que pode ser avaliada através da adesão às actividades de autocuidado da EAAD. Contudo, e em concordância com Carvalho e Carvalho (2006) é necessário um período temporal mais alargado de consecução do projecto para que se consiga uma mudança comportamental. Também Henriques (2011) considera que para mudar comportamentos e mantê-los, 6 meses é o tempo mínimo para que essa mudança possa ser mensurável. Neste sentido, e tendo em conta o compromisso da enfermeira responsável pela CED em dar continuidade ao projecto, foram elaborados objectivos operacionais para uma avaliação e médio prazo:

- Que pelo menos 50% dos participantes aumentem a adesão às actividades de autocuidado com a Diabetes na dimensão actividade física da EAAD;

- Que pelo menos 50% dos participantes aumentem a adesão às actividades de autocuidado com a Diabetes na dimensão alimentação (geral e específica) da EAAD.

De forma a possibilitar a consecução dos objectivos operacionais definidos, foram definidos indicadores de resultado, tornando mensuráveis as alterações verificadas: a taxa de participantes que reconheçam a importância da alimentação saudável como actividade de autocuidado; o número de cuidados a ter em conta na adopção de uma alimentação saudável identificados por cada participante; a taxa de participantes que reconheçam a importância da actividade física como actividade de autocuidado; o número de cuidados a ter em conta na realização de actividade física identificados por cada participante. Na sequência do que já foi referido, os indicadores taxa de participantes que aumentem a adesão às actividades de autocuidado na dimensão alimentação da EAAD, e a taxa de participantes que aumentem a adesão às actividades de autocuidado na dimensão actividade física da EAAD, são definidos para uma avaliação a médio prazo, para além da duração do estágio a que se reportou o desenvolvimento da intervenção.

A par com os indicadores de resultado, foram igualmente definidos indicadores de execução quantificando as actividades desenvolvidas: taxa de participantes que avaliem de forma positiva (concordo totalmente/concordo parcialmente) os conteúdos transmitidos; taxa de actividades realizadas; taxa de Guias de orientações nas Actividades de Autocuidado com a Diabetes fornecidos; taxa de participação nas actividades.

Posteriormente à operacionalização dos objectivos proceder-se-á à selecção das estratégias de actuação.

2.4. Selecção de Estratégias

Esta etapa do Planeamento em Saúde assume crucial importância, na medida em que irá possibilitar conceber o processo mais adequado para reduzir os problemas prioritários, delineando as estratégias de intervenção mais adequadas, de forma inovadora e criativa, visando o alcance dos objectivos fixados. (Imperator & Giraldes, 1993). Foi igualmente avaliada a disponibilidade de recursos humanos e outros, necessários à realização das intervenções, conforme sugerem os citados autores, em conjunto com a enfermeira responsável pela CED, garantindo deste modo a exequibilidade e a continuidade das estratégias seleccionadas.

A adaptação à realidade da doença crónica faz com que o ajustamento da pessoa vá além de uma adaptação biofísica ao processo de doença, revelando-se uma experiência caracterizada por múltiplas adaptações onde o estado de incerteza tem uma profunda componente pessoal. A ausência de informação leva a que se gere essa incerteza, preconizando-se os profissionais de saúde como veículos da informação dirigida a estes grupos, de forma a minimizar a incerteza face à doença e desse modo aumentar a probabilidade da decisão conduzir a uma acção (Apóstolo *et al.*, 2007)

A educação assume-se como um elemento chave do processo terapêutico da Diabetes, sendo considerada na Declaração de St. Vincent subscrita por Portugal em 1989, citada por Correia (2007), o instrumento de eleição para a co-responsabilização do doente no auto-controlo da doença, estabelecendo objectivos que têm como finalidade a melhoria dos cuidados. Esta estratégia deve fazer parte essencial da prática diária de cada profissional de saúde, particularmente a enfermagem, tendo como principal objectivo promover competências que proporcionem a modificação de comportamentos.

Assim, tendo em conta o foco de intervenção da intervenção comunitária desenvolvida, o autocuidado, bem como o grupo de pessoas com Diabetes tipo 2 que dela fizeram parte, a educação para a saúde vislumbrou-se como uma das estratégias de actuação adequada para alcançar os objectivos fixados. Esta deve ser dirigida às áreas com déficit de autocuidado deste grupo, como forma de ir ao encontro da finalidade da intervenção comunitária, a promoção do autocuidado. É igualmente de considerar que a educação para a saúde em grupo torna-se vantajosa, na medida em que promove o intercâmbio de informações e troca de experiências vivenciadas entre os participantes dos grupos educativos, favorecendo uma maior adesão ao autocuidado, bem como um apoio mútuo face à Diabetes (Caldeira, 2002; Pereira *et al.*, 2009).

A abordagem educacional assume principal relevo seguindo uma lógica colaborativa tal como defende Bastos (2004), sendo importante ter em consideração ao longo de todo o processo as motivações e crenças individuais, bem como os valores culturais. Salienta-se assim a importância da educação em saúde nas pessoas com Diabetes, com vista à transmissão e construção de conhecimentos que levem à sua capacitação, garantindo um aumento das suas competências para o autocuidado e consequente autonomia, o que se traduz em ganhos na qualidade de vida.

Neste sentido, no modelo conceptual desenvolvido por Dorothea Orem, nomeadamente no Sistema Apoio-Educação da Teoria dos Sistemas de Enfermagem, o papel da Enfermagem passa pela promoção da pessoa como agente de autocuidado,

estimulando a tomada de decisão, o controlo do comportamento e a aquisição de conhecimentos e habilidades. Este modelo revela-se assim um grande contributo para a intervenção ao identificar estratégias de apoio e educação, promovendo no grupo de pessoas e no enfermeiro competências ao nível do autocuidado. Nas pessoas, desenvolvendo a capacidade para distinguir factores passíveis de serem controlados para garantir o autocontrolo, através de decisões consciencializadas, reconhecendo as componentes das suas necessidades terapêuticas de autocuidado e desenvolvendo consequentemente medidas de cuidado para responder a estas. Nos enfermeiros, promovendo o reconhecimento das necessidades de autocuidado dos utentes, atendendo a estas necessidades através da organização de estratégias ou proporcionando o desenvolvimento de estratégias pessoais (Orem, 2001).

Como parte integrante das estratégias seleccionadas há que ressaltar ainda que, não só foi efectuada a parceria com o grupo de pessoas com Diabetes tipo 2 que participaram na intervenção comunitária conforme preconizado pelo referencial teórico adoptado, como também se estabeleceram parcerias com profissionais especializados nas áreas de actuação das dimensões das actividades de autocuidados determinadas como prioritárias, a actividade física e a alimentação. Estas parcerias permitem ir ao encontro das orientações emanadas pelo Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária, ao preconizar que o enfermeiro especialista procure o estabelecimento das articulações consideradas necessárias, desenvolvendo uma prática de complementaridade com a de outros profissionais, garantindo uma maior eficácia das intervenções a grupos com maior vulnerabilidade (OE, 2010).

Face ao exposto, na presente intervenção comunitária a selecção de estratégias teve por base o referencial teórico, o nível de intervenção, as especificidades da população-alvo, bem como os objectivos fixados e o diagnóstico de enfermagem elaborado. Neste sentido, e recorrendo novamente à CIPE[®] 2, na promoção do autocuidado no grupo de pessoas com Diabetes tipo 2, seleccionaram-se como estratégias: *Promover, Apoiar e Educar*.

2.5. Preparação Operacional - Programação

Após a selecção e tomada de decisão das estratégias mais adequadas à intervenção comunitária, passar-se-á à fase seguinte, cujo objectivo é planear

operacionalmente a execução do projecto de intervenção comunitária (Tavares, 1990; Imperatori & Giraldes, 1993).

O presente projecto de intervenção comunitária foi intitulado de “*Capacitar rumo ao Bem-estar*”, remetendo para a necessidade do processo de capacitação da pessoa com Diabetes tipo 2 para o autocuidado, perante a condição de doença crónica, e aludindo igualmente para os benefícios da mudança de comportamentos face à gestão da doença.

Na preparação operacional foram especificadas as actividades a desenvolver segundo a inter-relação actividade/objectivos (**Apêndice VI**), uma vez que segundo Tavares (1990) as actividades devem ser desenvolvidas em função e de modo a satisfazer os objectivos operacionais, impossibilitando um desperdício de recursos. Foi igualmente elaborado um Cronograma de Gantt (**Apêndice VII**) de modo a controlar o desempenho das actividades programadas (*idem*). De forma a validar as actividades a desenvolver foram consultados informadores privilegiados, conforme preconizado por Imperatori e Giraldes (1993), sendo estes um Enfermeiro de uma associação especializada em intervenção na Diabetes, um Professor de Educação Física e uma Nutricionista. Foram igualmente validadas pelos profissionais envolvidos na intervenção, na vertente académica, com a professora orientadora, e numa perspectiva profissional, com a enfermeira responsável pela CED. Refira-se que as actividades foram desenvolvidas em espaço próprio da USF, tendo sido realizada a marcação dos espaços necessários de acordo com o cronograma definido.

Cada actividade foi desenvolvida de acordo com os parâmetros definidos por Tavares (1990) para a especificação das actividades, apresentando o plano operacional detalhado em apêndice (**Apêndice VIII**). Assim, seguidamente serão apresentadas as actividades realizadas, respeitando a ordem cronológica, sendo apenas referido o enquadramento e descrição da execução das mesmas.

- **1ª Actividade:** Criação do grupo “Capacitar rumo ao Bem-estar”

Ao longo desta actividade pretendeu-se promover a adesão ao projecto e a criação de um ambiente de grupo propício à partilha de aspectos relacionados com a Diabetes. Deste modo foi realizado um contacto individual prévio com todos os participantes de forma a agendar um encontro, garantindo a presença de todos. Esse encontro iniciou-se com a apresentação de cada elemento do grupo, participantes e enfermeiro, facilitando, conforme refere Dias, Silveira, e Witt (2009, citando Bernstein, 1986, pág. 223), assumirem-se enquanto participantes de um grupo de “pessoas movidas por necessidades semelhantes que se reúnem em torno de uma tarefa específica”. No que se

refere ao tamanho do grupo, Munari e Furegato (2003, citados por Dias *et al.*, 2009) preconizam que 12 elementos deve ser o limite do tamanho do grupo, de modo a permitir que todos os elementos do grupo se manifestem e se sintam assistidos, pelo que nesta intervenção comunitária se optou pela divisão em dois sub-grupos, adequados á disponibilidade dos participantes. Posteriormente, foi realizada a introdução e a apresentação das linhas orientadoras da fase de intervenção do projecto, estimulando a adesão ao mesmo, no final possibilitou-se um espaço de reflexão e partilha de expectativas pessoais estreitando a relação grupal.

- **2ª Actividade:** Sessões de educação para a saúde

Educar, segundo Caldeira (2002), significa: conduzir, guiar, orientar. Tendo em conta o diagnóstico de enfermagem definido, e o que refere Torres, Hortale e Schall (2003) ao defenderem que as acções educativas podem capacitar grupos na construção de novos conhecimentos que levam a uma prática consciente de comportamentos preventivos ou de promoção de saúde, foram realizadas 3 sessões que obedecem a diferentes temas de acordo com os objectivos operacionais definidos:

- a) Educação rumo ao autocuidado (**Apêndice IX**);
- b) Educação rumo à alimentação (**Apêndice X**);
- c) Educação rumo à actividade física (**Apêndice XI**).

De acordo com Bugalho e Carneiro (2004) nas intervenções educacionais podem estar presentes o fornecimento de informação escrita, oral ou através de meios audiovisuais, com o objectivo de melhorar os conhecimentos relativos à doença. No que se refere à educação de adultos, Redman (2003) salienta que esta se deve centrar numa abordagem cognitiva, ajudando na mudança de perspectiva e possibilitando a transformação de significados. A mesma autora salienta que a abordagem em grupo nesta fase de vida é favorecedora ao possibilitar uma reflexão critica. No respeito por estes pressupostos, as sessões de educação para a saúde tiveram por base a transmissão de informação, bem como momentos interactivos facilitadores de uma participação activa, em que a par com a implementação de jogos educativos estimulou-se a partilha de experiências entre os participantes. De acordo com os subgrupos formados, as sessões foram realizadas em duplicado, com dois horários sempre à sexta-feira, obedecendo ao dia que era percepcionado pelos participantes como referência para o seu tratamento, dado ser o dia da CED. No final de cada sessão foi distribuído um questionário de avaliação de forma a responder aos indicadores de actividade formulados (**Apêndice XII**).

- **3ª Actividade:** Elaboração de Guia de orientações nas Actividades de Autocuidado com a Diabetes (**Apêndice XIII**)

No que se refere à educação de adultos, Redman (2003), saliente que as mudanças de memória podem ser características desta fase do ciclo de vida, podendo ser compensadas com o recurso a auxiliares de memória, como é o caso do Guia de orientações nas Actividades de Autocuidado com a Diabetes. Também Onega e Devers (2011) destacam a distribuição de materiais impressos como estratégia favorecedora da aprendizagem. No seguimento, foi elaborado um guia, que reuniu informações relativas aos conteúdos transmitidos oralmente nas sessões de educação para a saúde. Estes conteúdos foram elaborados em parceria com os peritos acima mencionados, e validados pela enfermeira responsável pela CED. Foi igualmente introduzida no guia uma adaptação dos direitos e deveres das pessoas com Diabetes, como forma de promover a co-responsabilização dos participantes no processo de gestão da doença.

- **4ª Actividade:** “Ponto de Encontro rumo ao Autocuidado” (**Apêndice XIV**)

Tendo em conta que a Diabetes implica a adopção de um regime terapêutico complexo, a abordagem aos métodos de ensino deve assumir uma componente de índole prática, fornecendo condições motivadoras e repetitivas, de modo a que os participantes possam aprender aspectos relacionados com as mudanças do estilo de vida próprios do processo terapêutico (Redman, 2003). Neste sentido, esta actividade visou promover uma componente prática nas sessões educativas, contando com a presença do professor de educação física que, adequado às características dos participantes, demonstrou exercícios que estes podem fazer de forma autónoma, favorecendo a actividade física e se possível a prática de exercício físico. No final desta actividade foi proporcionado ao grupo um lanche baseado na dieta adequada à Diabetes, que foi confeccionado de acordo com orientações da nutricionista. Nesta actividade foram distribuídos os Guias (actividade 3), e distribuídos brindes alusivos aos cuidados a ter presentes no âmbito da alimentação e actividade física. Na ponderação desta actividade, foi assumido pela enfermeira responsável pela CED dar continuidade ao ponto de encontro, fomentando deste modo, a criação do hábito através do treino do comportamento, conforme salienta Caldeira (2002). De ressaltar que o nome dado à actividade é propositadamente alusivo a um encontro entre o grupo de participantes, como forma de promover a continuidade deste tipo de actividades, sentido e verbalizado como necessário por estes ao longo das sessões.

- **5ª Actividade:** Sensibilização dos Profissionais de Saúde da USF

No sentido de garantir a continuidade do presente projecto, procedeu-se a contactos informais de modo a ir sensibilizando os profissionais relativamente à importância da capacitação para as actividades de autocuidado na Diabetes. Foi também solicitado à enfermeira coordenadora a realização de uma sessão formal em que foi exposto aos profissionais de saúde da USF todo o processo de planeamento e implementação do projecto, bem como os resultados obtidos e as possíveis implicações para a prática. Os conteúdos a apresentar foram validados pela enfermeira responsável pela CED, encontrando-se o plano de sessão no **Apêndice XV**. Foi igualmente disponibilizado material relativo ao planeamento, execução e avaliação do projecto para consulta dos profissionais da USF. Todos estes passos possibilitaram a identificação e apropriação do projecto pela equipa garantindo a sua continuidade, sendo de realçar a estimulação constante da participação activa dos profissionais, da qual foram surgindo algumas ideias aquando do espaço de discussão proporcionado na sessão final, nomeadamente a realização de uma Feira de Saúde com enfoque na promoção da saúde, dando especial ênfase às actividades direccionadas para a mudança do estilo de vida, com a presença e colaboração de vários parceiros comunitários. Na pessoa da enfermeira responsável pela CED, esta também deu a sua garantia, a nível pessoal, quanto à continuidade do projecto nos moldes em que estava implementado e de forma a garantir os preceitos referidos anteriormente quanto ao treino dos comportamentos como forma de implementar hábitos na vida dos participantes.

2.6. Avaliação

Esta última etapa do processo de Planeamento em Saúde, o processo de avaliação, estabelece um mecanismo de retroacção sobre todas as etapas anteriores, sendo transversal a cada uma delas. Assume como principais funções, a determinação do grau de sucesso na consecução dos objectivos, baseado em critérios e normas, e a realização da confrontação entre objectivos e estratégias (Tavares, 1990).

De modo a proceder-se à avaliação da intervenção comunitária, torna-se necessário mencionar e esclarecer o decréscimo do número de participantes que ocorreu ao longo do seu desenvolvimento. De referir que, apesar de ter ficado esclarecido o carácter voluntário da participação de cada pessoa, podendo optar pela desistência em qualquer momento sem consequências para si e sem justificação, garantindo deste modo

os princípios éticos, este decréscimo no número de participantes ocorreu de modo alheio à sua vontade, sendo que estes optaram por justificar a razão pela qual desistiram. Neste sentido, 2 dos participantes ficaram impossibilitados de marcar presença em qualquer uma das sessões de educação agendadas por motivos de doença grave e incapacitante de familiares directos, tendo a necessidade de dar resposta a esta situação envoltos em todo um processo de adaptação. Antes da 2ª sessão de educação 1 dos participantes informou igualmente que face à sua condição prolongada de desempregado tinha optado pela abertura de um negócio comercial o qual lhe ocupava o horário compreendido entre as 09h e as 21h, horário que para além de incompatível com o horário de funcionamento da USF, não ia de encontro às disponibilidades do restante grupo. Antes da actividade “Ponto de Encontro rumo ao Autocuidado” também outros 2 participantes, familiares directos entre si, viram-se forçados a abandonar o projecto, uma vez que a um deles foi-lhe diagnosticado uma doença grave, tendo sido sujeito a um processo de tratamento imediato e bastante desgastante tanto a nível físico como psicológico, sendo necessário o apoio do seu familiar diariamente. Assim, para a fase de avaliação, serão somente considerados 12 elementos como constituintes do grupo, tendo sido garantido contudo o apoio aos restantes elementos que se viram forçados a abandonar o projecto, e disponibilizado os materiais desenvolvidos, embora em contexto da CED.

A impossibilidade de avaliar mudanças de comportamento durante o período temporal definido para o projecto, como já foi referido aquando da fixação de objectivos (p.36), não possibilita a avaliação do projecto por meio de aplicação da EAAD num segundo momento. Neste sentido, e devido à inexistência de um questionário ajustado aos objectivos que se pretendiam avaliar, bem como ao conteúdo das sessões, de acordo com Redman (2003) poder-se-á elaborar perguntas de forma a avaliar o processo do utente, tendo-se optado assim pela construção de um questionário de conhecimentos para esse fim, composto por questões adequadas aos conteúdos abordados nas sessões de educação, às características do projecto e ao grupo alvo. Assim foi construído um questionário de avaliação de conhecimentos (**Apêndice XVI**).

No seguimento, procedendo-se à avaliação dos indicadores de resultado, verificou-se que: 100,00% dos participantes reconheceram a importância da alimentação saudável enquanto actividade de autocuidado na gestão da Diabetes; 91,67% dos participantes identificaram pelo menos três cuidados a ter em conta na adopção de uma alimentação saudável; 100,00% dos participantes reconheceram a importância da actividade física

enquanto actividade de autocuidado na gestão da Diabetes; 83,33% dos participantes identificaram pelo menos três cuidados a ter em conta na realização de exercício físico.

Face ao que foi descrito e analisando os indicadores de resultado, pode-se considerar que os objectivos delineados para o presente projecto foram alcançados, ditando deste modo o sucesso da intervenção comunitária desenvolvida.

Para além de indicadores de resultado, foram igualmente definidos indicadores de execução quantificando as actividades desenvolvidas. Da análise destes torna-se possível verificar que: a taxa de actividades realizadas em comparação com as actividades previstas se situa nos 100%; a taxa de Guias de orientações nas Actividades de Autocuidado com a Diabetes fornecidos foi de 100%; a taxa de participação nas sessões de educação e no ponto de encontro dinamizado assume uma média de 92,98% (1ª Sessão = 93,34%; 2ª Sessão = 85,71%; 3ª Sessão = 92,86%; Ponto de Encontro rumo ao Autocuidado = 100,00%). Assim, analisando estes dados apresentados considera-se que os presentes indicadores revelam uma avaliação positiva da execução da presente intervenção comunitária.

Por último, e embora não conste como critério de avaliação do projecto, é considerado pertinente referir uma avaliação de carácter subjectivo, tal como referido por Tavares (1990). Assim, optou-se, e de acordo com Redman (2003), por descrever alguns dos feedbacks dados ao longo da implementação do projecto, presentes nas frases e agradecimentos proferidos pelos participantes. Neste sentido, para além do constante apoio por parte da equipa da USF, valorizando desde início o desenvolvimento do presente projecto, é de realçar os feedbacks fornecidos pelos participantes na intervenção, ao referirem que este tipo de projectos deveriam ser regularmente realizados e replicados para outros grupos de pessoas, dinamizando a adaptação e integração aos cuidados inerentes à doença e como forma de co-responsabilizar as pessoas no processo de doença. De referir também que na última sessão alguns dos participantes pediram autorização para que amigos e familiares directos destes pudessem assistir às sessões, sendo possível deste modo também estes colherem conhecimentos que foram transmitidos, aplicáveis nalguns casos em conjunto com os participantes no projecto visto morarem juntos. Todas estas informações descritas permitem reflectir a importância e impacto positivo que o projecto assumiu na vida dos participantes. Por fim, realce-se a disponibilidade que os peritos com os quais foram estabelecidas as parcerias demonstraram, referindo estar disponíveis para continuar a colaborar na continuidade do projecto.

3. CONCLUSÕES

Neste último capítulo expõem-se as principais conclusões do projecto de intervenção comunitária, tendo-se optado por uma organização dividida entre a reflexão sobre as competências adquiridas como EEECSF na consecução do projecto e as considerações finais, onde serão incluídas a abordagem às implicações/recomendações para prática e as limitações do projecto.

3.1. Reflexão sobre as Competências adquiridas

O desenvolvimento do presente projecto de intervenção comunitária assumiu-se como o culminar deste percurso académico, permitindo a mobilização dos conhecimentos de componente teórica adquiridos ao longo do presente mestrado e interrelacionando-os com o contexto da intervenção comunitária. Seguidamente, e tendo por base o Guia Orientador do presente mestrado (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL], 2010), o Regulamento das Competências Específicas do EEECSF (OE, 2010), e o Modelo de Desenvolvimento Profissional (OE, 2009) procede-se à reflexão do percurso efectuado, identificando as competências adquiridas. De referir que por competência se entende o saber que permite mobilizar recursos cognitivos e capacidades adequados a estratégias de intervenção numa situação em concreto (*idem*).

Neste sentido, o uso da metodologia preferencial de intervenção no âmbito da saúde comunitária, a Metodologia de Planeamento em Saúde, e da articulação desta com modelos de enfermagem de intervenção, neste caso, a Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, revelaram-se muito favorecedores da aquisição de competências. Ao desenvolver o presente projecto de intervenção comunitária assente nestes preceitos, participa-se na avaliação multicausal e no processo de tomada de decisão do problema de saúde pública que é a Diabetes, desenvolvendo-se de forma autónoma e responsável um projecto de intervenção com vista à capacitação deste grupo específico da comunidade, as pessoas com Diabetes tipo 2, para a consecução do seu projecto de saúde (OE, 2010), permitindo igualmente adquirir competências referentes à análise da situação de saúde da comunidade, de acordo com modelos de intervenção comunitária, bem como ao planeamento e implementação de intervenções ao nível da enfermagem comunitária (ESEL, 2010).

Aquando do diagnóstico de situação foi possível praticar e desenvolver técnicas de investigação, na colheita, tratamento e análise dos dados, possibilitando deste modo a participação em projectos de investigação na área da saúde e da enfermagem comunitária (ESEL, 2010). É também de salientar que a problematização do fenómeno de saúde/doença (*idem*), neste caso a Diabetes, foi realizada no âmbito da enfermagem comunitária, através de pesquisa e análise de artigos, recorrendo-se a dados colhidos a nível nacional e internacional, como forma de justificar a necessidade e pertinência do desenvolvimento de um projecto de intervenção dirigido a este relevante problema de saúde pública.

As actividades desenvolvidas ao longo do projecto de intervenção comunitária procuram ir ao encontro dos objectivos definidos, nomeadamente no que confere aos conhecimentos relativos ao autocuidado na Diabetes, pelo que através das sessões de educação para a saúde desenvolvidas de acordo com os problemas priorizados, e tendo como base o referencial teórico adoptado, Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado de Orem, bem como as parcerias estabelecidas com peritos, ao nível da actividade física e alimentação, favoreceram a capacitação do grupo de participantes (OE, 2010), permitindo desta forma a resolução de problemas através de uma abordagem concertada, multidisciplinar e multiprofissional (ESEL, 2010). Na fase operacional foram desenvolvidas igualmente capacidades ao nível da motivação dos participantes, através de contactos regulares e de fornecimento de informações, bem como a adopção de técnicas de comunicação e de educação para a saúde dirigidas especificamente a grupos que permitiram a realização das actividades programadas envolvendo activamente os participantes.

Assumindo-se como uma componente primordial da prática de Enfermagem, o desenvolvimento de uma prática reflexiva, tendo por base os valores ético-sociais do grupo (*idem*), mereceu especial destaque ao longo das intervenções realizadas, contribuindo amplamente para o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais do enfermeiro mestrando.

Com a presente intervenção comunitária foi possível ainda a aquisição de uma outra competência, procurando-se a consecução dos objectivos do PNS (OE, 2010), ao ter-se em consideração os pressupostos do PNPCD, referenciado no PNS (2011-2016), bem como a sua intercepção e complementaridade com o Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre os Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida, o Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares, o

Programa Nacional de Combate à Obesidade e a Plataforma Nacional Contra a Obesidade.

De forma a contribuir para o desenvolvimento da prática baseada na evidência, os resultados e sugestões com implicação para a prática são assim transmitidos no presente relatório, procurando contribuir para o conhecimento no que se refere à capacitação de grupos de pessoas com Diabetes no âmbito da saúde comunitária, permitindo a comunicação e divulgação dos resultados da prática clínica e de investigação (ESEL, 2010). Também a sessão formal dirigida aos profissionais da USF contribuiu para o desenvolvimento desta competência.

3.2. Considerações Finais

A realização do projecto de intervenção comunitária, bem como do seu relatório, assume elevada preponderância no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais do enfermeiro mestrando, permitindo responder às suas necessidades formativas e simultaneamente adquirir e desenvolver competências como EEECSF.

A Diabetes assume-se como uma das principais doenças que afectam a humanidade na actualidade, apresenta uma enorme prevalência a nível mundial sendo por isso reconhecida como um enorme problema de Saúde Pública com impacto a nível de saúde, social e económico. Estes factores levam a que se considere emergente encontrar estratégias de intervenção adequadas para esta problemática, assumindo os profissionais de saúde, nomeadamente o EEECSF considerando as suas competências, um papel activo na tomada de consciência do problema e da sua responsabilidade enquanto promotor da melhoria do estado de saúde de grupos e comunidades.

Com vista à concretização da presente intervenção comunitária, a Metodologia de Planeamento em Saúde revelou-se um instrumento bastante proveitoso, garantindo uma gestão de recursos adequada em todo o processo de planeamento e implementação. A articulação desta metodologia com um referencial teórico de enfermagem garantiu uma complementaridade vantajosa. Assim, no que respeita à Teoria de Enfermagem do Déficit de Autocuidado, esta demonstrou ser adequada à finalidade da intervenção comunitária, centrando-se no foco autocuidado e dirigindo a intervenção de Enfermagem no sentido de capacitar progressivamente a pessoa com Diabetes para as actividades de autocuidado, nomeadamente através do sistema apoio-educação. De referir que esta Teoria prevê igualmente a intervenção de enfermagem dirigida a grupos, tal como foi realizado na

presente intervenção comunitária. O uso da CIPE revelou-se também uma mais-valia ao permitir a utilização de uma linguagem dotada de significado, reconhecida a nível internacional, e considerada um instrumento basilar para a prática de Enfermagem.

A promoção do autocuidado, com relevante potencial para a comunidade, deve ser cada vez mais um foco de atenção e intervenção dos sistemas de saúde. O trabalho desenvolvido com o grupo favoreceu a consciencialização de que as actividades de autocuidado fazem a diferença no tratamento da doença, como forma de promover a alteração de comportamentos, nomeadamente nas dimensões da actividade física e alimentação, possibilitando desta forma ganhos na gestão da Diabetes.

A educação em grupo revelou-se favorecedora da consciencialização da importância do autocuidado na gestão da doença para o grupo de participantes, onde através de um padrão horizontal de comunicação se proporcionaram momentos de discussão, com partilha de informações e troca de experiências entre os participantes, tendo-se assumido nesta intervenção comunitária como um apoio mútuo entre os elementos do grupo. De realçar que esta estratégia de intervenção, apesar dos reconhecidos benefícios a nível teórico, não se encontra presente na unidade de saúde onde foi desenvolvida a intervenção comunitária, tendo sido assumida como uma mais-valia no combate a este problema de saúde pública por parte da equipa da USF, manifestando interesse e receptividade em dar continuidade à presente intervenção.

No que se refere às limitações do projecto, a duração do estágio foi a mais preponderante, na medida em que condicionou a avaliação global dos indicadores de resultado, não ficando expressos os ganhos em saúde através da adopção dos comportamentos de autocuidado. Neste sentido, foi garantida a continuidade do projecto de modo a garantir essa avaliação, que será realizada pela enfermeira responsável pela CED, com a colaboração do mestrando. O recurso a um instrumento de auto-relato aquando do diagnóstico de situação poderá também ser considerado uma limitação na medida em que pode resultar numa sobrevalorização do comportamento de autocuidado, contudo neste projecto o investimento em estabelecer uma relação de confiança com os participantes pode ter contornado esta limitação, na medida em que os resultados do diagnóstico de situação não parecem ter sido influenciados por esta questão.

Tendo em conta o que foi descrito, considera-se que o projecto foi implementado com sucesso, permitindo a aquisição e desenvolvimento das competências necessárias e fundamentais à prática de cuidados especializados no âmbito da enfermagem comunitária e de saúde pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alto Comissariado da Saúde. (2011). *Estratégias para a Saúde*. Obtido em 09 de Julho de 2011, de ACS: http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2011/03/OSS2_20-06-2011.pdf
- American Diabetes Association. (2003). Third-party reimbursement for Diabetes care, self-management education, and supplies. *Diabetes Care*, nº 26, supl. 1, pp. 143-144.
- American Psychological Association. (2001). *Publication manual of the American Psychological Association* (5th ed.). Washington: Author.
- Apóstolo, J., Viveiros, C., Nunes, H., & Domingues, H. (2007). Incerteza na doença e motivação para o tratamento em diabéticos tipo 2. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, vol. 15, nº 4, pp. 575-582.
- Azevedo, M. (2002). Bioquímica da Diabetes. In R. Duarte, *Diabetologia Clínica* (3ªed.).(pp. 17-24). Lisboa: Lidel.
- Bastida, J., Aguilar, P., & González, B. (2002). Los costes socioeconómicos de la Diabetes mellitus. *Atención Primaria*, vol.3, nº 29 , pp. 145-150.
- Bastos, F. (2004). *Adesão e gestão do regime terapêutico do diabético tipo 2. Participação das esposas no plano educacional*. Porto: Tese de dissertação de mestrado em saúde pública, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Bastos, F., Severo, M., & Lopes, C. (2007). Propriedades Psicométricas da Escala de Autocuidado com a Diabetes traduzida e adaptada. *Acta Médica Portuguesa*, nº 20, pp. 11-20.
- Boas, L., Foss, M., Foss-Freitas, M., Torres, H., Monteiro, L., & Pace, A. (2011). Adesão à dieta e ao exercício físico das pessoas com Diabetes mellitus. *Texto Contexto Enfermagem*, vol.20, nº2, pp. 272-279.
- Brito, C. (de 2007). Prevenção da Diabetes Tipo 2: Consenso da "International Diabetes Federation" 2007. *Revista Portuguesa de Diabetes*, nº1, pp. 34-37.
- Bugalho, A., & Carneiro, A. (2004). *Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crónicas*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Caldeira, J. (2002). Educação do diabético. In R. Duarte, *Diabetologia Clínica* (3ªed.). (pp. 409-420). Lisboa: Lidel.
- Carvalheiro, M. (2003). Onde estamos e para onde vamos na Diabetes em Portugal e no Mundo. *Boletim da Sociedade Portuguesa de Diabetologia*, nº 7, pp. 06-09.

- Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Comiotto, G., & Martins, J. (de 2006). Promovendo o autocuidado ao indivíduo portador de Diabetes: Da hospitalização ao domicílio. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, vol. 35, nº. 3, pp. 59-64.
- Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). Os enfermeiros em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol. temático 2, pp. 75-82.
- Dias, V., Silveira, D., & Witt, R. (2009). Educação em Saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. *Atenção Primária à Saúde*, vol. 12, nº 2, pp. 221-227.
- Direcção Geral de Saúde. (2000). *Educação Terapêutica na Diabetes Mellitus. Circular Normativa nº 14/DGCGde 12/12/2000*. Obtido em 12 de Julho de 2011, de DGS: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013201.pdf>
- Direcção Geral de Saúde. (2002). *Actualização dos Critérios de Classificação e Diagnóstico da Diabetes Mellitus*. Obtido em 04 de Julho de 2011, de DGS: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i005604.pdf>
- Direcção Geral de Saúde. (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Obtido em 12 de Julho de 2011, de DGS: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i013262.pdf>
- Direcção Geral de Saúde. (2010). *Relatório de Execução do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Obtido em 09 de Julho de 2011, de DGS: <http://www.dgs.pt/ms/7/paginaRegisto.aspx?back=1&id=16474>
- Direcção Geral de Saúde. (2012). *Resolução do Parlamento Europeu sobre as medidas para fazer face à epidemia de Diabetes*. Obtido em 17 de Março de 2012, de DGS: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i017142.pdf>
- Duarte, R., & Caldeira, J. (2002). Terapêutica da Diabetes tipo 2. In R. Duarte *Diabetologia Clínica* (3ªed.).(pp. 119-146). Lisboa: Lidel.
- Durán, H. (1989). *Planeamento da Saúde, aspectos conceptuais e operativos*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2011). *Cuidados de Saúde a Portadores de Diabetes Mellitus*. Obtido em 04 de Julho de 2011, de Entidade Reguladora da Saúde: www.ers.pt/actividades/estudos/DM%20Relatorio%20Final.pdf

- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2010). *Curso de Pós-Licenciatura e Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Comunitária: Guia Orientador*. Lisboa
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2011). Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos, bibliografias e citações. Lisboa
- Fortin, MF (1999). *Processo de Investigação - da Concepção à Realização (3ª ed.)*. Loures: Lusociência.
- Francioni, F., & Silva, D. (2007). O Processo de Viver Saudável de Pessoas com Diabetes Mellitus Através de um Grupo de Convivência. *Texto & Contexto Enfermagem*, vol.16, nº1, pp. 105-111.
- Fry, S. (1999). Ética na Prática de Enfermagem Comunitária. In M., Stanhope, & J. Lancaster. *Enfermagem Comunitária (4ªed.)* (pp. 101-126). Lisboa: Lusociência.
- Glick, D., & Stanhope, M. (2011). Gestão de Programas. In M., Stanhope, & J. Lancaster. *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População (7ªed.)* (pp. 516-546). Loures: Lusodidacta.
- Henriques, M. (2011). *Adesão ao regime medicamentoso em idosos na comunidade. Eficácia das intervenções de enfermagem*. Lisboa: Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa.
- Imperatori, E. & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento em Saúde*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). *Estimativas Provisórias de População Residente - Portugal, NUTS II, NUTS III e Municípios - 2008*. Obtido em 5 de Julho de 2010, de INE: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=59820448&PUBLICACOESmodo=2
- Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge. (2009). *Inquérito Nacional de Saúde - 2005/2006*. Obtido em 12 de Julho de 2012, de INSA: http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/Epidemiologia/INS_05_06.pdf
- Internacional Diabetes Federation. (2011). *Atlas da Diabetes (3ª ed.)*. Obtido em 12 de Julho de 2011, de IDF: <http://eatlas.idf.org>
- International Council of Nurses. (2008). *Nursing Perspectives and Contribution to Primary Health Care*. Obtido em 12 de Julho de 2011, de ICN: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/ind2008_phc.pdf
- International Diabetes Federation. (2011). *Atlas da Diabetes*. Obtido em 12 de Julho de 2011, de IDF: <http://eatlas.idf.org>

- Lisboa, M. & Duarte, R. (2002). Classificação e Diagnóstico. In R. Duarte, *Diabetologia Clínica* (3ªed.).(pp.43-57). Lisboa: Lidel.
- Lisboa, P., & Pape, E, (2004). Encontro com o especialista – Actualidades das sulfonilureias na terapêutica da diabetes tipo 2. *Patient Care*. Suplemento Setembro. pp. 3-6.
- Ministério da Saúde. (2005). *Diabetes*. Obtido em 2011 de Julho de 04, de Portal da Saúde:
<http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doenca+s+cronicas/Diabetes.htm>
- Ministério da Saúde. (2005). *O que são doenças crónicas?* Obtido em 2011 de Julho de 04, de Portal da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/doencas/doencas+cronicas/doencascronicas.htm>
- Ministério da Saúde. (2006). *A epidemia mundial da Diabetes*. Obtido em 2011 de Julho de 12, de Portal da Saúde: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/arquivo/Diabetes.htm>
- Ministério da Saúde. (2010). *PNPCD: Prevenção da Diabetes e a Promoção da Saúde*. Obtido em 04 de Julho de 2011, de Alto Comissariado da Saúde: <http://www.acs.minsaude.pt/pns2011-2016/2010/06/02/pnpcd/>
- Morel, A., Boulanger, M., Hervé, F., & Tonnelet, G. (2001). *Prevenção das toxicimánias*. Lisboa: Climepsi.
- Ó, D., & Loureiro, I. (2007). Adesão ao Regime Terapêutico da Diabetes. *Revista Portuguesa de Diabetes*, vol.2, nº2, pp. 18-21.
- Oliveira, N., Munari, D., Bachion, M., Santos, W., & Santos, Q. (2009). Factores terapêuticos em grupo de diabéticos. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, vol. 43, nº3pp. 558-565.
- Oliveira, O. (2000). Ação Educativa de Enfermagem no Controle do Diabetes. *Acta Paulista de Enfermagem*, vol.13, número especial, parte I, pp. 133-135.
- Onega, L., & Devers, E. (2011). Educação para a Saúde e Processo de Grupo. In M., Stanhope, & J. Lancaster. *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ªed.) (pp. 302-330). Loures: Lusodidacta.
- Organização Pan-Americana de Saúde (2012). *Doenças crónico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde*. Obtido em 04 de Julho de 2011 de OPAS: http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/d_cronic.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)*. Lisboa: Autor
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Obtido em 09 de Julho de 2011, de OE: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasComunitariaSaude%20Publica_20Nov2010.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Autor.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice* (6ª ed.). Missouri: Mosby.
- Pereira, F., Torres, H., Cândido, N., & Alexandre, L. (2009). Promovendo o autocuidado em Diabetes na educação individual e em grupo. *Ciência, Cuidado e Saúde*, vol. 8, nº4, pp. 594-599.
- Pereira, G., & Lima, M. (2002). Relato de experiência com grupo na assistência de enfermagem a diabéticos. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, vol.23, nº 2, pp. 142-157.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4.ª ed.). Lisboa: Gradiva.
- Rabelo, S., & Padilha, M. (1998). A atividade lúdica no processo educativo ao cliente diabético adulto. *Texto Contexto Enfermagem*, vol.7, nº3, pp. 106-117.
- Raposo, J. (2005). Educação Terapêutica do DESG à APDP de ASSIS a Sesimbra. *Diabetes, Viver em equilíbrio*, Janeiro/Fevereiro/Março, pp. 22-24.
- Redman, B. (2003). *A prática da Educação para a Saúde* (9ª ed.). Loures: Lusociência.
- Roche. (2012). *Diabetes - Factos importantes*. Obtido em 26 de Março de 2012, de Roche Farmacêutica Química, Lda: http://corporate.roche.pt/informacasaude/info_Diabetes/factos_Diabetes.html
- Shuster, G. & Goeppinger, J. (2011). A Comunidade como Cliente: Apreciação e Análise. In M., Stanhope, & J. Lancaster. *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ªed.) (pp. 356-389). Loures: Lusodidacta.
- Silva, D. (1990). *Desafios e Enfrentamentos: um modelo da prática de enfermagem para indivíduos em condições crónicas de saúde*. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

- Silva, M. (2007). *Educar para o autocuidado num serviço hospitalar*. Porto: Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto.
- Silva, M., Fletcher, J., & Sorrell, J. (2011). Aplicação da Ética na Comunidade. In M., Stanhope, & J. Lancaster. *Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População* (7ªed.) (pp. 131-147). Loures: Lusodidacta.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia (2012). *Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia.
- Tavares, A. (1990). *Métodos e técnicas de Planeamento em Saúde*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Torres, H., Franco, L., Stradioto, M., Hortale, V., & Shall, V. (2009). Avaliação estratégica de educação em grupo e individual no programa educativo em Diabetes. *Revista de Saúde Pública*, vol. 43, nº 2, pp. 291-298.
- Torres, H., Hortale, V., & Schall, V. (2003). A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 19, nº 4, pp. 1039-1047.
- Torres, H., Souza, E., Lima, M., & Bodstein, R. (2011). Intervenção educativa para o autocuidado de indivíduos com Diabetes mellitus. *Acta Paulista de Enfermagem*, vol. 24, nº 4, pp. 514-519.
- Vieira, G. (2011). *Avaliação da educação em grupos operativos com usuários diabéticos tipo 2 em unidades básicas de saúde*. Belo Horizonte: Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.
- World Health Organization. (1980). *Expert Committe on Diabetes Melitus - second report*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (1998). *Health Promotion Glossary*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2002). *Diabetes: The cost of Diabetes*. Obtido em 04 de Julho de 2011, WHO: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs236/en/print.html>
- World Health Organization (2003). *Who Technical Report Series*. Obtido em 27 de Março de 2012, de World Health Organization: http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf

ANEXOS

ANEXO I – Escala de Actividades de Autocuidado com a Diabetes

ESCALA DE ACTIVIDADES DE AUTO-CUIDADO COM A DIABETES

Versão traduzida e adaptada para Português de Summary of Diabetes Self-Care Activities de Glasgow R, Toobert D, Hampson S (2000), por Bastos F e Lopes C (2004)

As perguntas que se seguem questionam-no acerca dos cuidados com a Diabetes durante os últimos sete dias. Se esteve doente durante os últimos sete dias, por favor lembre-se dos últimos sete dias em que não estava doente.

1. ALIMENTAÇÃO GERAL	Nº de dias
1.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS seguiu uma alimentação saudável?	0 1 2 3 4 5 6 7
1.2 Em média, durante o último mês, quantos DIAS POR SEMANA seguiu um plano alimentar recomendado por algum profissional de saúde?	0 1 2 3 4 5 6 7
1.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu cinco ou mais peças de fruta e/ou doses de vegetais (incluindo os da sopa)?	0 1 2 3 4 5 6 7
2. ALIMENTAÇÃO ESPECÍFICA	Nº de dias
2.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu carnes vermelhas (vaca, porco, cabrito)?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu pão acompanhando a refeição do almoço ou jantar?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS misturou, no acompanhamento da refeição, dois ou mais dos seguintes alimentos: arroz, batatas, massa, feijão?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.4 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu mais que um copo, de qualquer tipo de bebida alcoólica, às principais refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.5 Em quantos dos últimos SETE DIAS consumiu qualquer tipo de bebida alcoólica, fora das refeições?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.6 Em quantos dos últimos SETE DIAS comeu alimentos doces como bolos, pasteis, compotas, mel, marmelada ou chocolates?	0 1 2 3 4 5 6 7
2.7 Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	0 1 2 3 4 5 6 7
3. ACTIVIDADE FÍSICA	Nº de dias
3.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS praticou actividade física durante pelo menos 30 minutos? (Minutos totais de actividade contínua, inclusive andar)	0 1 2 3 4 5 6 7
3.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS participou numa sessão de exercício físico específico (como nadar, caminhar, andar de bicicleta) para além da actividade física que faz em casa ou como parte do seu trabalho?	0 1 2 3 4 5 6 7

4. MONITORIZAÇÃO DE GLICEMIA	Nº de dias
4.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS avaliou o açúcar no sangue?	0 1 2 3 4 5 6 7
4.2 Quantos dias por semana lhe foi recomendado que avaliasse o açúcar no sangue pelo seu médico, enfermeiro ou farmacêutico?	0 1 2 3 4 5 6 7
5. CUIDADOS COM OS PÉS	Nº de dias
5.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS examinou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7
5.2. Em quantos dos últimos SETE DIAS lavou os seus pés?	0 1 2 3 4 5 6 7
5.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS secou os espaços entre os dedos do pé, depois de os lavar?	0 1 2 3 4 5 6 7
6. MEDICAMENTOS	Nº de dias
6.1 Em quantos dos últimos SETE DIAS, tomou, conforme lhe foi indicado, os seus medicamentos da Diabetes?	0 1 2 3 4 5 6 7
OU (se insulina e comprimidos):	
6.2 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou, conforme lhe foi indicado, injeções de insulina?	0 1 2 3 4 5 6 7
6.3 Em quantos dos últimos SETE DIAS tomou o número indicado de comprimidos da Diabetes?	0 1 2 3 4 5 6 7
6.4 Em quantos dos últimos SETE DIAS adoçou as suas bebidas com açúcar?	0 1 2 3 4 5 6 7
7. HÁBITOS TABÁGICOS	
<p>7.1 Você fumou um cigarro, ainda que só uma passa, durante os últimos SETE DIAS?</p> <p>Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/></p> <p>7.2 Se sim, quantos cigarros fuma, habitualmente, num dia? Número de cigarros: _____</p> <p>7.3 Quando fumou o seu último cigarro?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca fumou</p> <p><input type="checkbox"/> Há mais de dois anos atrás</p> <p><input type="checkbox"/> Um a dois anos atrás</p> <p><input type="checkbox"/> Quatro a doze meses atrás</p> <p><input type="checkbox"/> Um a três meses atrás</p> <p><input type="checkbox"/> No último mês</p> <p><input type="checkbox"/> Hoje</p>	
<p>Nota: As questões 2.1 a 2.7 devem ser recodificadas invertendo a pontuação: 0=7; 1=6; 2=5; 3=4; 4=3; 5=2; 6=1; 7=0.</p> <p>O nível de adesão, por dimensão, é obtido pela soma dos itens e dividido pelo nº destes; os resultados (médias) são expressos em dias por semana.</p>	

ANEXO II – Autorização para uso da Escala de Actividades de
Autocuidado com a Diabetes

Mestrado ESEL - Solicitação de autorização de uso de escala

CARLOS MIGUEL MAGALHÃES VITOR <cmvitor@campus.esel.pt>

14 de Julho de 2011
00:21

Para: fernandabastos@esenf.pt

Boa noite,

O meu nome é Carlos Miguel Magalhães Vitor, e estou a desenvolver o Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Enfermagem Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste momento estou a delinear o meu Projecto de Intervenção Comunitária no âmbito da problemática da Diabetes, mais especificamente com a finalidade de Promover o Autocuidado nos Utentes Diabéticos tipo 2. Nesse sentido contacto a Sra. Professora Fernanda Bastos a fim de lhe solicitar a sua colaboração através da autorização para a utilização da Escala de Actividades de Autocuidado com a Diabetes que traduziu e adaptou, na fase de colheita de dados do referido projecto.

A Professora orientadora do Projecto é a Professora Cláudia Bacatum.

Sem outro assunto, aguardo atenciosamente resposta.

Com os mais sinceros e respeitosos cumprimentos,

Carlos Vitor

Fernanda Bastos <fernandabastos@esenf.pt>

14 de Julho de 2011 10:38

Para: CARLOS MIGUEL MAGALHÃES VITOR <cmvitor@campus.esel.pt>

Olá bom dia,

Venho por este meio autorizar a utilização da ESCALA DE AUTOCUIDADO COM A DIABETES, na sua versão traduzida e adaptada, para o projecto de intervenção comunitária a ser desenvolvido no contexto de Mestrado em Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, por Carlos Miguel M Vitor e orientada pela Professora Cláudia Bacatum.

Adiciono a minha disponibilidade para esclarecimento de qualquer dúvida e solicito que me informem sobre os resultados.

Ao dispor, Fernanda Bastos

Apêndices

Apêndice I – Questionário de caracterização

Questionário de Caracterização

Assinale com uma **X (cruz)** a resposta que for adequada ao seu caso (ou complete-a, se for caso disso), em relação às seguintes questões:

1 - Idade: ____ anos

2 - Sexo:

Feminino Masculino

3 - Estado civil:

Solteiro(a)

Casado(a)/união de facto

Divorciado(a)/Separado(a)

Viúvo(a)

4 - Habilitações literárias (anos completos de escolaridade) _____

5 - Situação laboral:

Empregado(a)/activo(a)/baixa clínica

Desempregado(a)

Reformado(a)/invalidez

Outros Qual? _____

Dados da Diabetes

7 - Que tipo de tratamento iniciou quando lhe foi diagnosticada a Diabetes? _____

8 - Que tipo de tratamento faz actualmente (dieta, exercício físico, comprimidos, insulina ou conjugações)? _____

Apêndice II – Consentimento livre e esclarecido

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJECTO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA: “CAPACITAR RUMO AO BEM-ESTAR”

No âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Enfermagem Comunitária, ministrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, irá ser desenvolvido, na Unidade de Saúde Familiar (...), uma Intervenção Comunitária com a finalidade de **capacitar utentes diabéticos tipo 2 para o autocuidado**. O Projecto será desenvolvido pelo Enfermeiro Carlos Vitor, mestrando do referido curso.

É solicitada a sua colaboração no Projecto através de resposta a um questionário e da participação em sessões de grupo com carácter educativo. Todas as actividades inerentes á intervenção serão realizadas nas instalações da Unidade de Saúde Familiar (...).

As suas respostas serão anónimas e é garantida a confidencialidade dos dados. A sua participação neste estudo é voluntária e pode retirar-se a qualquer altura, ou recusar participar, sem que tal facto tenha consequências para si.

Desde já, grato pela sua colaboração.

~~~~~

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Desta forma, aceito participar neste Projecto de Intervenção Comunitária e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando na garantia de confidencialidade e anonimato que me são dadas.*

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

---

### **Apêndice III – Caracterização da amostra**

---

**Tabela nº 1 – Género dos participantes**

| Género       | n         | %             |
|--------------|-----------|---------------|
| Feminino     | 10        | 58,82         |
| Masculino    | 7         | 41,18         |
| <b>Total</b> | <b>17</b> | <b>100,00</b> |

**Tabela nº 2 – Idade dos participantes**

| Idade (anos)         | n         | %             |
|----------------------|-----------|---------------|
| 45-49                | 1         | 5,88          |
| 55-59                | 2         | 11,76         |
| 60-64                | 7         | 41,18         |
| 65-69                | 5         | 29,41         |
| 70-74                | 2         | 11,76         |
| <b>Total</b>         | <b>17</b> | <b>100,00</b> |
| <b>Média</b>         | 63,24     |               |
| <b>Moda</b>          | 66        |               |
| <b>Mediana</b>       | 64        |               |
| <b>Desvio Padrão</b> | 5,75      |               |

**Tabela nº 3 – Estado civil dos participantes**

| Estado civil | n         | %             |
|--------------|-----------|---------------|
| Casado       | 11        | 64,70         |
| Solteiro     | 2         | 11,76         |
| Divorciado   | 1         | 5,88          |
| Viúvo        | 3         | 17,65         |
| <b>Total</b> | <b>17</b> | <b>100,00</b> |

**Tabela nº 4 – Situação laboral dos participantes**

| Situação Laboral | n         | %             |
|------------------|-----------|---------------|
| Activo           | 5         | 29,41         |
| Desempregado     | 3         | 17,65         |
| Reformado        | 9         | 52,94         |
| <b>Total</b>     | <b>17</b> | <b>100,00</b> |

**Tabela nº 5 – Escolaridade dos participantes**

| Escolaridade              | n         | %             |
|---------------------------|-----------|---------------|
| Ensino básico - 1.º ciclo | 9         | 52,94         |
| Ensino básico - 2.º ciclo | 1         | 5,88          |
| Ensino básico - 3.º ciclo | 1         | 5,88          |
| Ensino Secundário         | 5         | 29,41         |
| Ensino Superior           | 1         | 5,88          |
| <b>Total</b>              | <b>17</b> | <b>100,00</b> |

**Tabela nº 6 – Tratamento da Diabetes tipo 2 aquando do diagnóstico**

| Tratamento aquando do diagnóstico               | n         | %             |
|-------------------------------------------------|-----------|---------------|
| Dieta                                           | 4         | 23,54         |
| Antidiabéticos orais                            | 10        | 58,82         |
| Antidiabéticos orais + dieta                    | 2         | 11,76         |
| Antidiabéticos orais + dieta + exercício físico | 1         | 5,88          |
| <b>Total</b>                                    | <b>17</b> | <b>100,00</b> |

**Tabela nº 7 – Tratamento actual da Diabetes tipo 2**

| <b>Tratamento actual</b>                        | <b>n</b>  | <b>%</b>      |
|-------------------------------------------------|-----------|---------------|
| Dieta                                           | 2         | 11,76         |
| Exercício + dieta                               | 1         | 5,88          |
| Antidiabéticos orais                            | 1         | 5,88          |
| Antidiabéticos orais + dieta                    | 6         | 35,30         |
| Antidiabéticos orais + dieta + exercício físico | 7         | 41,18         |
| <b>Total</b>                                    | <b>17</b> | <b>100,00</b> |

---

**Apêndice IV** – Resultados da Escala de Actividades de Autocuidado com a  
Diabetes

---

**Tabela nº 8** – Adesão à Actividade de Autocuidado com a Diabetes, na dimensão Alimentação Geral, da EAAD

| Alimentação Geral |      |
|-------------------|------|
| Média             | 4,67 |
| Moda              | 2,33 |
| Mediana           | 4,67 |
| Desvio-padrão     | 1,60 |

**Tabela nº 9** – Adesão à Actividade de Autocuidado com a Diabetes, na dimensão Alimentação Específica, da EAAD

| Alimentação Específica |      |
|------------------------|------|
| Média                  | 4,35 |
| Moda                   | 5,29 |
| Mediana                | 4,71 |
| Desvio-padrão          | 1,29 |

**Tabela nº 10** – Adesão à Actividade de Autocuidado com a Diabetes, na dimensão Alimentação (Geral + Específica), da EAAD

| Alimentação (Geral + Específica) |      |
|----------------------------------|------|
| Média                            | 4,44 |
| Moda                             | 4,20 |
| Mediana                          | 4,20 |
| Desvio-padrão                    | 1,13 |



**Tabela nº 11** – Adesão à Actividade de Autocuidado com a Diabetes, na dimensão Actividade Física, da EAAD

| Actividade Física |      |
|-------------------|------|
| Média             | 1,94 |
| Moda              | 0,00 |
| Mediana           | 2,50 |
| Desvio-padrão     | 1,84 |

**Tabela nº 12** – Adesão à Actividade de Autocuidado com a Diabetes, na dimensão Monitorização de Glicémia, da EAAD

| Monitorização da Glicémia | Avaliado | Recomendado |
|---------------------------|----------|-------------|
| Média                     | 3,41     | 2,88        |
| Moda                      | 2        | 2           |
| Mediana                   | 3        | 2           |
| Desvio-padrão             | 2,18     | 2,06        |

**Tabela nº 13** – Adesão à Actividade de Autocuidado com a Diabetes, na dimensão Cuidados com os Pés, da EAAD

| Cuidados com os Pés |      |
|---------------------|------|
| Média               | 5,57 |
| Moda                | 7,00 |
| Mediana             | 6,33 |
| Desvio-padrão       | 2,00 |

**Tabela nº 14** – Adesão à Actividade de Autocuidado com a Diabetes, na dimensão Medicamentos, da EAAD

| Medicamentos  |      |
|---------------|------|
| Média         | 6,07 |
| Moda          | 7    |
| Mediana       | 7    |
| Desvio-padrão | 1,98 |

**Tabela nº 15** – Adesão à Actividade de Autocuidado com a Diabetes, na dimensão Hábitos Tabágicos, da EAAD

| Hábitos Tabágicos | n         | %             |
|-------------------|-----------|---------------|
| Sim               | 1         | 5,88          |
| Não               | 16        | 94,12         |
| <b>Total</b>      | <b>17</b> | <b>100,00</b> |

---

## **Apêndice V** – Aplicação da técnica de determinação de prioridades

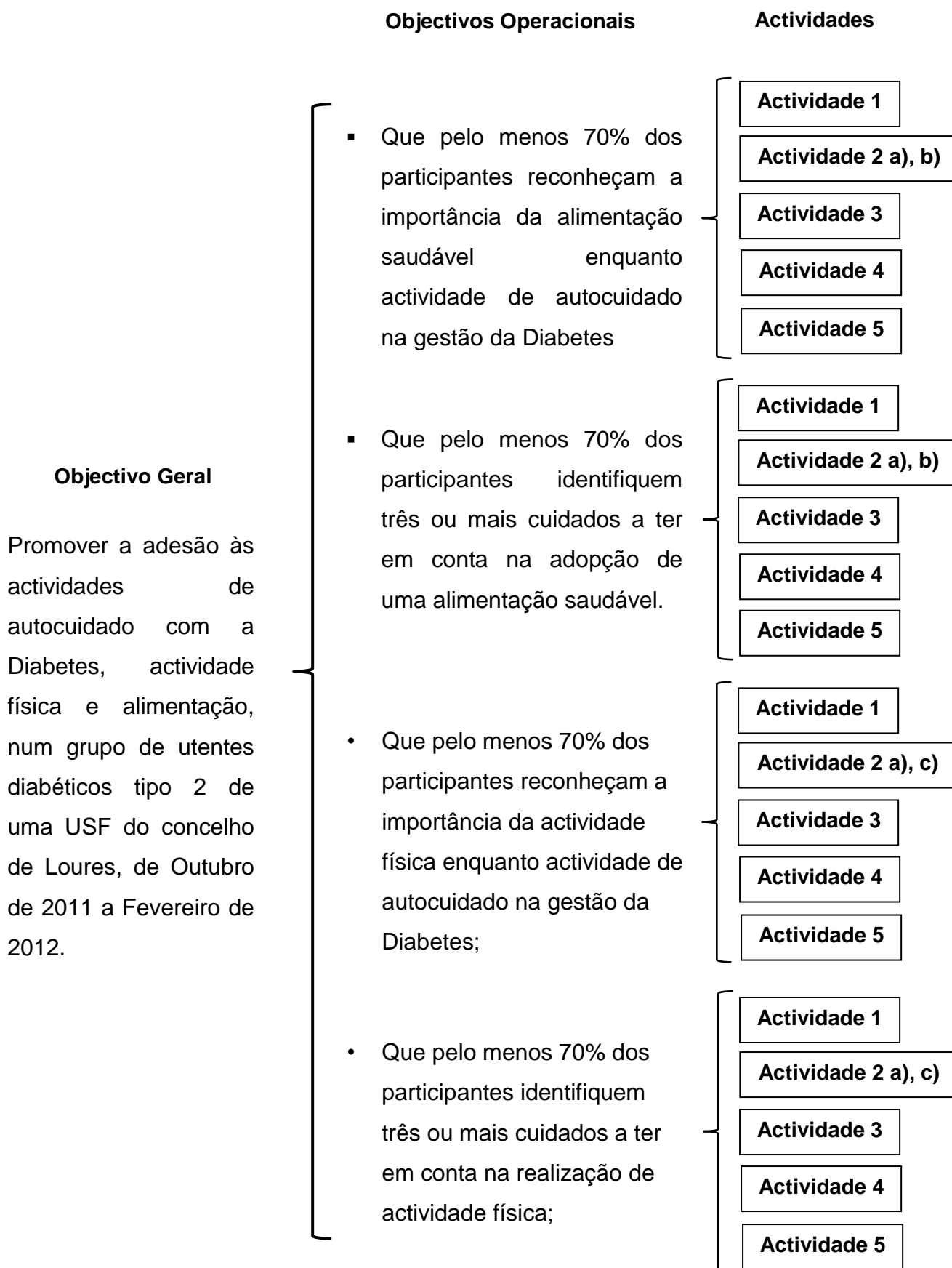
---

| Problemas                                                                                                  | Critérios                                                                                                                                                                                                                       | Recomendações |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Déficit de autocuidado na actividade física.</b></li> </ul>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Importância do problema.....(+)</li> <li>- Relação problema/factores de risco.....(+)</li> <li>- Capacidade técnica de intervir.....(+)</li> <li>- Exequibilidade.....(+)</li> </ul>   | <b>1</b>      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Déficit de autocuidado na alimentação.</b></li> </ul>          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Importância do problema .....(-)</li> <li>- Relação problema/factores de risco .....(+)</li> <li>- Capacidade técnica de intervir.....(+)</li> <li>- Exequibilidade.....(+)</li> </ul> | <b>9</b>      |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Déficit de autocuidado nos cuidados com os pés.</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Importância do problema .....(-)</li> <li>- Relação problema/factores de risco .....(-)</li> <li>- Capacidade técnica de intervir.....(+)</li> <li>- Exequibilidade.....(+)</li> </ul> | <b>13</b>     |

---

## **Apêndice VI – Inter-relação actividades/objectivos**







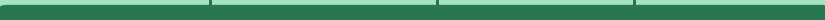
---



---

## **Apêndice VII – Cronograma de Gantt**

---

|                                                                                                                                                                                                                                   | Novembro                                                                              | Dezembro                                                                                                                                                                   | Janeiro                                                                             | Fevereiro                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Criação do Grupo “Capacitar rumo ao Bem-Estar”</b>                                                                                                                                                                          |    |                                                                                                                                                                            |                                                                                     |                                                                                     |
| <b>2. Realização de Sessões de Educação para a Saúde:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Educação rumo ao Autocuidado;</li> <li>- Educação rumo à Alimentação;</li> <li>- Educação rumo à Actividade Física.</li> </ul> |                                                                                       | <br> |  |                                                                                     |
| <b>3. Dinamização do “Ponto de Encontro rumo ao Autocuidado”</b>                                                                                                                                                                  |                                                                                       |                                                                                                                                                                            |                                                                                     |  |
| <b>4. Elaboração do Guia de orientações nas Actividades de Autocuidado com a Diabetes</b>                                                                                                                                         |                                                                                       |                                                                                         |                                                                                     |                                                                                     |
| <b>5. Sensibilização dos Profissionais da USF</b>                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                                                                            |                                                                                     |                                                                                     |



---

## **Apêndice VIII – Plano Operacional**

---

| ACTIVIDADE                                                         | RECURSOS                                                                                                                                                                   | QUANDO                 | ONDE                    | COMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | OBJECTIVOS                                                                                                                                                                                                                       | AValiação                                                                                                                        |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Criação do Grupo</b><br><b>“Capacitar rumo ao Bem-estar”</b> | <b>Humanos:</b><br>- Participantes<br>- Enfermeiro mestrando<br>- Enfermeira da USF<br><br><b>Materiais:</b><br>- Mesa e cadeiras<br>- Canetas<br>- Folhas de apontamentos | 09 de Dezembro de 2011 | Sala de formação da USF | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contacto individual prévio com todos os participantes do projecto;</li> <li>• Agendamento do encontro com todos os participantes no projecto, por via telefónica;</li> <li>• Apresentação de cada um dos participantes no projecto;</li> <li>• Criação de dois subgrupos de intervenção (de forma a facilitar a sua presença em termos de horário)</li> <li>• Introdução ao projecto “Caminhar rumo ao Bem-estar”;</li> <li>• Questões para reflexão e partilha de experiências pessoais;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incentivar a adesão ao projecto de intervenção comunitária;</li> <li>• Gerar um ambiente de grupo propício à partilha de vivências/experiências relacionadas com a Diabetes;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização efectiva da sessão;</li> <li>• Compromisso de adesão ao projecto;</li> </ul> |

| ACTIVIDADE                                                                              | RECURSOS                                                                                                                                                                                                       | QUANDO                 | ONDE                    | COMO                                                                                                                                                                                                                                                                                 | OBJECTIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | AValiação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2. Sessão de Educação para a Saúde</b><br><br><b>a) Educação rumo ao Autocuidado</b> | <b>Humanos:</b><br>- Participantes<br>- Enfermeiro mestrando<br>- Enfermeira da USF<br><br><b>Materiais:</b><br>- Computador<br>- Videoprojector<br>- Mesa e cadeiras<br>- Canetas<br>- Folhas de apontamentos | 16 de Dezembro de 2011 | Sala de formação da USF | <ul style="list-style-type: none"> <li>Exposição oral de conteúdos com suporte de apresentação de PowerPoint;</li> <li>Jogos educativos;</li> <li>Estimular a participação activa dos participantes;</li> <li>Questões para reflexão e partilha de experiências pessoais;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Sensibilizar para a importância das actividades de autocuidado com a Diabetes;</li> <li>Informar acerca da importância das actividades de autocuidado com a Diabetes;</li> <li>Estimular a adesão às actividades de autocuidado com a Diabetes;</li> <li>Identificar as necessidades de autocuidado dos participantes, de acordo com as suas percepções.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Realização efectiva da sessão;</li> <li>Taxa de participantes presentes na actividade;</li> <li>Taxa de participantes que avaliem de forma positiva os conteúdos transmitidos;</li> <li>Taxa de participantes que reconheçam a importância da alimentação saudável como actividade de autocuidado;</li> <li>Taxa de participantes que reconheçam a importância da actividade física como actividade de autocuidado.</li> </ul> |

| ACTIVIDADE                                     | RECURSOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | QUANDO                | ONDE                    | COMO                                                                                                                                                                                                                                                                                         | OBJECTIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | AVALIAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>b) Educação rumo à Alimentação Saudável</b> | <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participantes</li> <li>- Enfermeiro mestrando</li> <li>- Enfermeira da USF</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Videoprojector</li> <li>- Mesa e cadeiras</li> <li>- Canetas</li> <li>- Folhas de apontamentos</li> <li>- Lanche (fruta e bolachas)</li> </ul> | 13 de Janeiro de 2012 | Sala de formação da USF | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposição oral de conteúdos com suporte de apresentação de PowerPoint;</li> <li>• Jogos educativos;</li> <li>• Estimular a participação activa dos participantes;</li> <li>• Questões para reflexão e partilha de experiências pessoais;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover o reconhecimento da importância da alimentação saudável enquanto actividade de autocuidado na gestão da Diabetes</li> <li>• Aumentar os conhecimentos dos participantes relativamente aos cuidados a ter em conta na adopção de uma alimentação saudável.</li> <li>• Aumentar a adesão às actividades de autocuidado com a Diabetes na dimensão Alimentação Saudável;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização efectiva da sessão;</li> <li>• Taxa de participantes presentes na actividade;</li> <li>• Taxa de participantes que avaliem de forma positiva os conteúdos transmitidos;</li> <li>• Taxa de participantes que reconheçam a importância da alimentação saudável como actividade de autocuidado;</li> <li>• Nº de cuidados a ter em conta na adopção de uma alimentação saudável identificados por cada participante</li> </ul> |

| ACTIVIDADE                                  | RECURSOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | QUANDO                | ONDE                    | COMO                                                                                                                                                                                                                                                                                         | OBJECTIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | AVALIAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>c) Educação rumo à Actividade Física</b> | <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participantes</li> <li>- Enfermeiro mestrando</li> <li>- Enfermeira da USF</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Videoprojector</li> <li>- Mesa e cadeiras</li> <li>- Canetas</li> <li>- Folhas de apontamentos</li> </ul> | 27 de Janeiro de 2012 | Sala de formação da USF | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposição oral de conteúdos com suporte de apresentação de PowerPoint;</li> <li>• Jogos educativos;</li> <li>• Estimular a participação activa dos participantes;</li> <li>• Questões para reflexão e partilha de experiências pessoais;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover o reconhecimento da importância da actividade física enquanto actividade de autocuidado na gestão da Diabetes</li> <li>• Aumentar os conhecimentos dos participantes relativamente aos cuidados a ter em conta na realização de actividade/exercício físico</li> <li>• Aumentar a adesão às actividades de autocuidado com a Diabetes na dimensão Actividade Física;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização efectiva da sessão;</li> <li>• Taxa de participantes presentes na actividade;</li> <li>• Taxa de participantes que avaliem de forma positiva os conteúdos transmitidos;</li> <li>• Taxa de participantes que reconheçam a importância da actividade física como actividade de autocuidado;</li> <li>• Nº de cuidados a ter em conta na realização de actividade física identificados por cada participante.</li> </ul> |

| ACTIVIDADE                                        | RECURSOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | QUANDO                  | ONDE                                       | COMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | OBJECTIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | AVALIAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>3. “Ponto de Encontro rumo ao Autocuidado”</b> | <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Participantes</li> <li>- Enfermeiro mestrando</li> <li>- Enfermeira da USF</li> <li>- Profissionais com quem foi estabelecida parceria</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Videoprojector</li> <li>- Mesa e cadeiras</li> <li>- Canetas</li> <li>- Folhas de apontamentos</li> <li>- Lanche (de acordo com orientações da nutricionista)</li> <li>- Outro material considerado necessário pelos profissionais;</li> </ul> | 10 de Fevereiro de 2012 | Sala de formação da USF / Parque da Cidade | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer parceria com um profissional de educação física;</li> <li>• Realizar uma sessão de actividade física organizada de acordo com os requisitos de autocuidado para com a Diabetes;</li> <li>• Estabelecer parceria com um profissional de nutrição;</li> <li>• Realizar uma refeição saudável de acordo com os requisitos de autocuidado para com a Diabetes.</li> <li>• Distribuição do Guia orientações nas Actividades de Autocuidado com a Diabetes e esclarecimento de dúvidas sobre o mesmo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Promover a prática de actividades de autocuidado para com a Diabetes, no âmbito da alimentação saudável e actividade física;</li> <li>• Aumentar os conhecimentos dos participantes relativamente aos cuidados a ter em conta na adopção de uma alimentação saudável e na realização de actividade/ exercício físico;</li> <li>• Aumentar a adesão às actividades de autocuidado com a Diabetes na dimensão alimentação saudável e actividade física;</li> <li>• Promover a relação do utente diabético com a Equipa de Saúde, para esclarecimento de dúvidas e partilha.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização efectiva de uma sessão de actividade física;</li> <li>• Realização efectiva de uma refeição saudável;</li> <li>• Taxa de participantes presentes na actividade;</li> <li>• Taxa de participantes que reconheçam a importância da actividade física como actividade de autocuidado;</li> <li>• Nº de cuidados a ter em conta na realização de actividade física identificados por cada participante.</li> <li>• Taxa de participantes que reconheçam a importância da alimentação saudável como actividade de autocuidado;</li> <li>• Nº de cuidados a ter em conta na adopção de uma alimentação saudável identificados por cada participante.</li> </ul> |

| ACTIVIDADE                                                                                        | RECURSOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | QUANDO                                           | ONDE | COMO                                                                                                                                                                                                                                                                                   | OBJECTIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | AVALIAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>4. Elaboração de um Guia de orientações nas Actividades de Autocuidado para com a Diabetes</b> | <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro mestrando</li> <li>- Enfermeira da USF</li> <li>- Profissionais com quem foi estabelecida parceria</li> <li>- Professora orientadora</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Impressora</li> <li>- Pesquisa bibliográfica</li> <li>- Folhas</li> </ul> | 09 de Dezembro de 2011 a 10 de Fevereiro de 2012 |      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colaborar com outros profissionais qualificados na elaboração de materiais de apoio para os utentes diabéticos;</li> <li>• Impressão do Guia de orientações nas Actividades de Autocuidado com a Diabetes, a cores, em formato A5.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer dicas e orientações práticas sobre as actividades de autocuidado na Diabetes.</li> <li>• Aumentar os conhecimentos dos participantes relativamente aos cuidados a ter em conta na adopção de uma alimentação saudável e na realização de actividade/ exercício físico;</li> <li>• Aumentar a adesão às actividades de autocuidado com a Diabetes na dimensão alimentação saudável e actividade física;</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboração efectiva do Guia de orientações nas Actividades de Autocuidado com a Diabetes.</li> <li>• Taxa de Guias de orientações nas Actividades de Autocuidado com a Diabetes fornecidos.</li> </ul> |

| ACTIVIDADE                                 | RECURSOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | QUANDO                                     | ONDE                    | COMO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | OBJECTIVOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | AVALIAÇÃO                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>5. Sensibilização dos profissionais</b> | <p><b>Humanos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro mestrando</li> <li>- Enfermeiras da USF</li> <li>- Restantes profissionais da USF</li> </ul> <p><b>Materiais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Projector</li> <li>- Mesa e cadeiras</li> <li>- Canetas</li> <li>- Folhas de apontamentos</li> </ul> | Novembro de 2011 a 17 de Fevereiro de 2012 | Sala de formação da USF | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contactos informais com profissionais da USF ao longo da intervenção comunitária;</li> <li>• Sessão formal de divulgação da intervenção comunitária a 14 de Fevereiro de 2012;</li> <li>• Fornecer documentos relativos ao planeamento, intervenção e avaliação da intervenção comunitária.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Divulgar o projecto de intervenção comunitária desenvolvido;</li> <li>• Incentivar a identificação e apropriação do projecto de intervenção comunitária pelos profissionais, de modo a promover a sua continuidade;</li> <li>• Incentivar a discussão sobre propostas de intervenção e novas sugestões.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização efectiva da sessão informativa de divulgação do projecto de intervenção comunitária aos profissionais da USF.</li> </ul> |



---

## **Apêndice IX – Plano de Sessão: Educação rumo ao Autocuidado**

---

## Plano de sessão: Educação rumo ao Autocuidado

**Data:** 16 de Dezembro de 2011

**Hora:** 10h e 16h

**Duração:** 60 min

**População-alvo:** Participantes no Projecto “Capacitar rumo ao Bem-Estar”

**Local:** Sala de reuniões da USF

**Material:** computador, videoprojector, diapositivos

|                        | Conteúdos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Métodos                                               | Tempo  |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------|
| <b>Introdução</b>      | Apresentação dos objectivos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | - Expositivo                                          | 5 min  |
| <b>Desenvolvimento</b> | Exposição dos conteúdos:<br>- Conceito de autocuidado;<br>- O autocuidado na Diabetes;<br>- Actividades de autocuidado com a Diabetes;<br>- Factores que influenciam as actividades de autocuidado com a Diabetes (valores socioculturais, influências ambientais);<br>- A importância do autocuidado na gestão da Diabetes;<br>- A co-responsabilização nas actividades de autocuidado.<br>Estimular a participação activa dos participantes. | - Expositivo<br>- Interrogativo<br>- Jogos educativos | 45 min |
| <b>Conclusão</b>       | Resumo da sessão;<br>Validação do conteúdo transmitido;<br>Aplicação do questionário de avaliação da sessão.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | - Expositivo<br>- Interrogativo                       | 10 min |

---

## **Apêndice X – Plano de Sessão: Educação rumo à Alimentação Saudável**

---

## Plano de sessão: Educação rumo à Alimentação Saudável

**Data:** 13 de Janeiro de 2012

**Hora:** 10h e 16h

**Duração:** 60 min

**População-alvo:** Participantes no Projecto “Capacitar rumo ao Bem-Estar”

**Local:** Sala de reuniões da USF

**Material:** computador, videoprojector, diapositivos

|                        | Conteúdos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Métodos                                               | Tempo  |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------|
| <b>Introdução</b>      | Validação dos conteúdos transmitidos na sessão anterior.<br>Apresentação dos objectivos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | - Expositivo                                          | 5 min  |
| <b>Desenvolvimento</b> | Exposição dos conteúdos:<br>- Objectivos da alimentação saudável;<br>- Alimentação e Nutrição – qual a diferença?<br>- O autocuidado na Diabetes;<br>- Nutrientes – funções;<br>- Nutrientes – fontes alimentares;<br>- Alimentação saudável – conceitos básicos;<br>- A roda dos alimentos – conceitos a reter;<br>- Culinária Saudável – conselhos práticos;<br>- Equilíbrio energético.<br>Estimular a participação activa dos participantes. | - Expositivo<br>- Interrogativo<br>- Jogos educativos | 45 min |
| <b>Conclusão</b>       | Resumo da sessão;<br>Validação do conteúdo transmitido;<br>Aplicação do questionário de avaliação da sessão.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | - Expositivo<br>- Interrogativo                       | 10 min |

---

## **Apêndice XI – Plano de Sessão: Educação rumo à Actividade Física**

---

## Plano de sessão: Educação rumo à Actividade Física

**Data:** 27 de Janeiro de 2012

**Hora:** 10h e 16h

**Duração:** 60 min

**População-alvo:** Participantes no Projecto “Capacitar rumo ao Bem-Estar”

**Local:** Sala de reuniões da USF

**Material:** computador, videoprojector, diapositivos

|                        | Conteúdos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Métodos                                               | Tempo  |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--------|
| <b>Introdução</b>      | Validação dos conteúdos transmitidos na sessão anterior.<br>Apresentação dos objectivos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | - Expositivo                                          | 5 min  |
| <b>Desenvolvimento</b> | Exposição dos conteúdos:<br>- Objectivos da actividade física;<br>- Actividade física e exercício físico – qual a diferença?;<br>- Exercício físico – os 5 elementos;<br>- Exercícios aeróbios;<br>- A pirâmide da actividade física;<br>- Dicas para ser activo;<br>- Benefícios da prática de actividade física/exercício físico;<br>- Barreiras à prática de actividade física/exercício físico.<br>Estimular a participação activa dos participantes. | - Expositivo<br>- Interrogativo<br>- Jogos educativos | 45 min |
| <b>Conclusão</b>       | Resumo da sessão;<br>Validação do conteúdo transmitido;<br>Aplicação do questionário de avaliação da sessão.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | - Expositivo<br>- Interrogativo                       | 10 min |

---

**Apêndice XII** – Questionário de avaliação das sessões de educação para a saúde

---

## AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Assinale com uma cruz (x) na quadrícula com a qual mais se identifica:

1. Considero que os conteúdos abordados foram do meu interesse:

| Concordo Totalmente | Concordo Parcialmente | Indiferente | Discordo Parcialmente | Discordo Totalmente |
|---------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|---------------------|
|                     |                       |             |                       |                     |

2. Considero que os conteúdos abordados responderam às minhas necessidades:

| Concordo Totalmente | Concordo Parcialmente | Indiferente | Discordo Parcialmente | Discordo Totalmente |
|---------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|---------------------|
|                     |                       |             |                       |                     |

3. Considero que compreendi os conteúdos abordados:

| Concordo Totalmente | Concordo Parcialmente | Indiferente | Discordo Parcialmente | Discordo Totalmente |
|---------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|---------------------|
|                     |                       |             |                       |                     |

4. Considero ter adquirido novos conhecimentos:

| Concordo Totalmente | Concordo Parcialmente | Indiferente | Discordo Parcialmente | Discordo Totalmente |
|---------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|---------------------|
|                     |                       |             |                       |                     |

5. Considero que os conhecimentos adquiridos têm aplicabilidade diária no controlo/autocuidado da diabetes:

| Concordo Totalmente | Concordo Parcialmente | Indiferente | Discordo Parcialmente | Discordo Totalmente |
|---------------------|-----------------------|-------------|-----------------------|---------------------|
|                     |                       |             |                       |                     |

Obrigado pela sua colaboração,

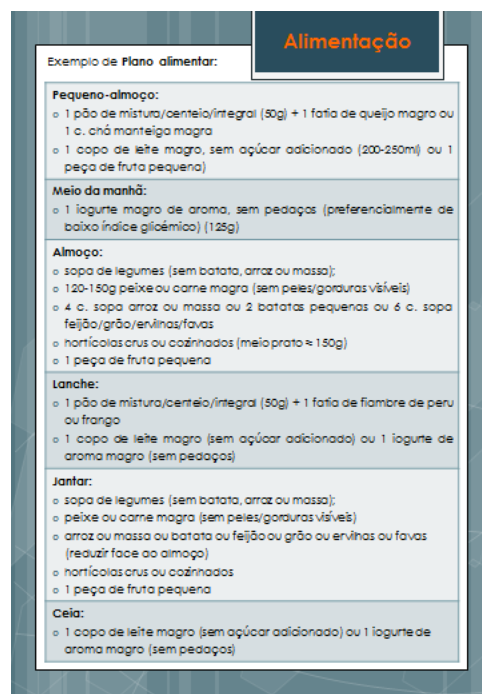
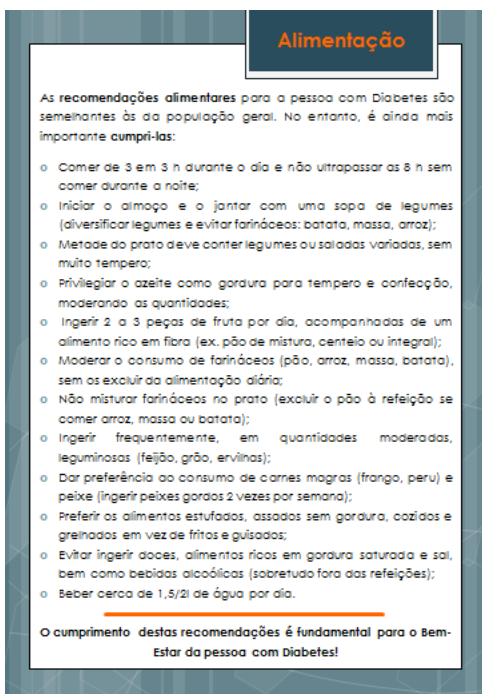
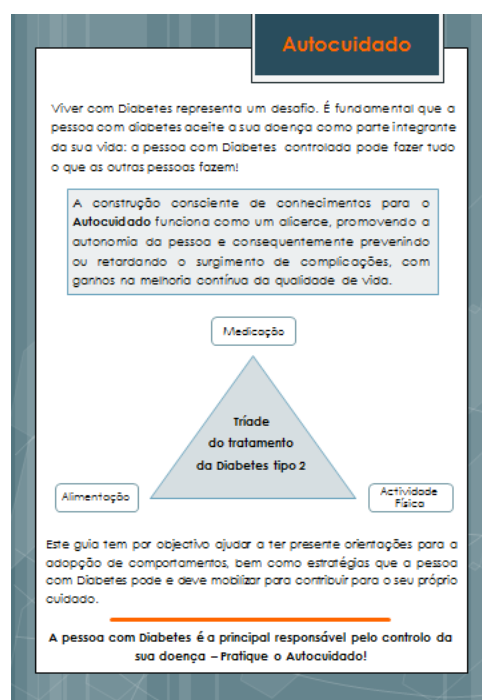
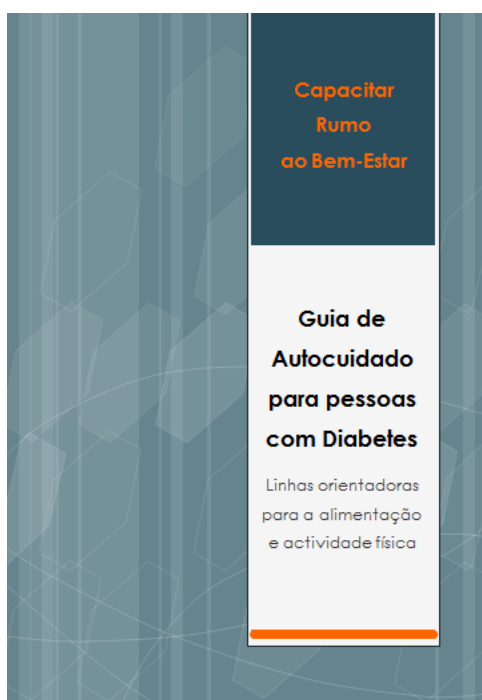
Carlos Vitor



---

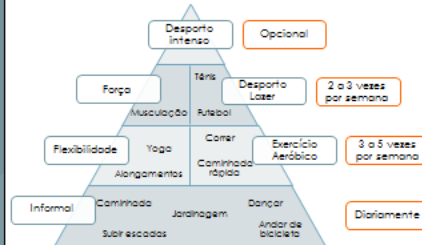
**Apêndice XIII** – Guia de orientações nas Actividades de Autocuidado  
com a Diabetes

---



## Actividade Física

A actividade física e o exercício físico são essenciais para a saúde e bem-estar da pessoa com diabetes, constituindo-se como um dos pilares para um estilo de vida saudável.



### Dicas para ser activo:

- Andar muito a pé:
  - estacionar o carro longe do destino e fazer o resto do caminho a pé;
  - quando andar de autocarro descer na paragem anterior ao destino e fazer o resto do caminho a pé;
  - aproveitar a hora de almoço para apanhar ar e passear;
- Não esperar por elevadores, usar as escadas;
- Levantar-se para regular a televisão ou o rádio;
- Ter brincadeiras ou passatempos com os seus filhos ou netos;
- Limpar a casa, fazer jardinagem, etc.

## Actividade Física

Antes de iniciar um programa de exercício físico é necessário uma avaliação médica.

Ao iniciar a prática de exercício físico há alguns cuidados e recomendações que deve seguir:

- Escolher um calçado confortável, sem costuras grossas internamente e usar sempre meias claras de algodão;
- Controlar a glicémia capilar:
  - avaliar a glicémia capilar antes, durante o esforço (se prolongado) e no final;
  - não praticar se glicémia for inferior a 100 mg/dl, sem ingerir uma pequena refeição de hidratos de carbono;
- Não praticar exercício físico logo após as refeições, esperar pelo menos 1 hora;
- Ter presente a necessidade de ajustes alimentares:
  - adaptar a alimentação ao tempo de exercício;
  - ter açúcar à mão durante o exercício;
  - fazer uma refeição adequada no final da prática de exercício físico;
- Beber água antes, durante e após a prática de exercício físico;
- Realizar alongamentos dos principais grupos musculares, sobretudo das pernas e braços, antes e após o exercício físico;
- Praticar exercício físico com companhia, para ser socorrido em tempo útil em caso de necessidade;
- Consultar os profissionais de saúde pois a prática regular de exercício físico pode conduzir a ajustes no tratamento.

Ser activo é uma obrigação.

De acordo com o estilo de vida, a actividade física deve ser complementada com sessões semanais de exercício físico.

## Direitos

- Um plano de tratamento e objectivos de auto-ajuda;
- Aconselhamento personalizado sobre a alimentação adequada;
- Aconselhamento sobre a actividade física adequada;
- Indicação sobre a dosagem e o horário da medicação;
- Indicação sobre os objectivos para o seu peso, glicémia, lípidos no sangue e tensão arterial;
- Análises laboratoriais regulares para controlo metabólico e do seu estado físico;
- Educação terapêutica contínua;
- Verificação, pela equipa de saúde, do seu controlo;
- Avaliação anual dos olhos, dos pés, dos factores de risco para doenças renais e cardíacas, das técnicas de autovigilância e dos hábitos alimentares;
- Prevenção e tratamento das possíveis complicações crónicas.

## Deveres

- Assumir comportamentos que conduzam permanentemente à obtenção de ganhos de saúde;
- Predispor-se a aprender continuamente a controlar a sua diabetes;
- Tentar ser autónomo, praticando o seu próprio auto-controlo;
- Tentar seguir um estilo de vida saudável;
- Praticar actividade física regular;
- Examinar e cuidar regularmente dos pés;
- Contactar a equipa de saúde sempre que sinta necessidade e até que fique esclarecido sobre as questões que o preocupam;
- Entrar em contacto e conversar com outras pessoas que tenham a diabetes e com associações de doentes diabéticos;
- Controlar diariamente a sua diabetes, desempenhando um papel activo no seu tratamento.

## Capacitar Rumo ao Bem-Estar

### Elaborado por:

Enfermeiro: Carlos Vitor

### Com colaboração de:

Enfermeiro: Luís Prata

Nutricionista: Vanessa Mealha  
Professor Educação Física: Nuno Victor

Capacitar Rumo ao Bem-Estar, projecto implementado na UEP (L.), na área de Moirado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, leccionado pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.  
Com orientação do Professor Célia Assunção e Enfermeiro da Consulta de Enfermagem da Diabetes.

Revisão 2012

---

## **Apêndice XIV – Plano de Sessão: Ponto de Encontro rumo ao Autocuidado**

---

## Plano de sessão: Ponto de Encontro rumo ao Autocuidado

**Data:** 10 de Fevereiro de 2012

**Hora:** 11h

**Duração:** 90 min

**População-alvo:** Participantes no Projecto “Capacitar rumo ao Bem-Estar”

**Local:** Sala de reuniões da USF

**Material:** computador, projector, diapositivos

|                        | Conteúdos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Métodos                                            | Tempo  |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|--------|
| <b>Introdução</b>      | Validação dos conteúdos transmitidos nas sessões anteriores.<br>Apresentação dos objectivos.                                                                                                                                                                                                                                                                                           | - Expositivo                                       | 5 min  |
| <b>Desenvolvimento</b> | Exposição dos conteúdos:<br>- Cuidados a ter na prática de actividade física/exercício físico;<br>- Materiais de uso na prática de actividade física/exercício físico;<br>- Actividades práticas relacionadas com a actividade física/exercício físico;<br>- Lanche convívio direccionado para a escolha de alimentos saudáveis.<br>Estimular a participação activa dos participantes. | - Expositivo<br>- Interrogativo<br>- Demonstrativo | 70 min |
| <b>Conclusão</b>       | Resumo da sessão;<br>Validação do conteúdo transmitido;<br>Aplicação do questionário de avaliação de conhecimentos.                                                                                                                                                                                                                                                                    | - Expositivo<br>- Interrogativo                    | 15 min |

---

**Apêndice XV** – Plano de Sessão: Sensibilização dos Profissionais de Saúde  
da USF

---

## Plano de sessão: Sensibilização dos Profissionais de Saúde

**Data:** 14 de Fevereiro de 2012

**Hora:** 14h

**Duração:** 45 min

**População-alvo:** Profissionais de Saúde da USF

**Local:** Sala de reuniões da USF

**Material:** computador, projector, diapositivos

|                        | Conteúdos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Métodos                         | Tempo  |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------|
| <b>Introdução</b>      | Apresentação dos objectivos da sessão.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | - Expositivo                    | 5 min  |
| <b>Desenvolvimento</b> | Exposição dos objectivos e conteúdos: <ul style="list-style-type: none"><li>- Finalidade;</li><li>- Contextualização;</li><li>- Percurso efectuado nas diferentes etapas do Planeamento em Saúde;</li><li>- Actividades desenvolvidas;</li><li>- Avaliação da intervenção;</li><li>- Competências desenvolvidas na área de especialização de enfermagem comunitária;</li><li>- Perspectivas de continuidade do projecto.</li></ul> Estimular a participação activa dos profissionais. | - Expositivo<br>- Interrogativo | 25 min |
| <b>Conclusão</b>       | Resumo da sessão;<br>Esclarecimento de dúvidas e promoção da discussão de novas propostas e sugestões.<br>Agradecimentos.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | - Expositivo<br>- Interrogativo | 15 min |

---

**Apêndice XVI – Questionário de avaliação de conhecimentos**

---



## QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

A alimentação saudável faz parte do regime terapêutico da Diabetes tipo 2?

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

Identifique cuidados a ter numa alimentação saudável.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

A prática de actividade física faz parte do regime terapêutico da Diabetes tipo 2?

Sim \_\_\_\_\_

Não \_\_\_\_\_

Identifique cuidados a ter na prática de actividade física.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Obrigado pela sua colaboração,  
Carlos Vitor